



Элеанор Ли и Дэвид М. Кларк

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ СОЦИАЛЬНОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ

Это черновик документа, подготовленный для терапевтов в рамках исследования NIHR по когнитивной терапии социальной тревожности у подростков. Он находится в процессе доработки перед публикацией. Авторы заявляют об авторских правах. Разделы не должны копироваться и включаться в любые другие публикации без разрешения. Тем не менее, психотерапевты могут использовать его в качестве руководства в своей клинической практике.

Оглавление

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПОДРОСТКОВ	7
1.1. Что такое социальное тревожное расстройство, и как оно проявляется у подростков?	7
1.2. Диагностические сложности	9
1.3. Насколько распространено социальное тревожное расстройство в	11
подростковом возрасте?	11
1.4. Социальное тревожное расстройство: когда начинается, сколько длится?	12
1.5. Коморбидность социального тревожного расстройства с другими расстройствами.	13
1.6. Как это влияет на жизнь подростков?	14
1.7. Каковы причины социального тревожного расстройства?	14
ГЛАВА 2. КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА.	16
2.1. Когнитивные модели социального тревожного расстройства у взрослых.	16
2.2. Применение когнитивной модели к подросткам	22
2.3. Мишени терапии	29
2.4. Обзор терапии	29
2.5. Примеры случаев	33
2.6. Доказательная база для КТ-СТР (когнитивной терапии социального тревожного расстройства)	46
ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА	51
3.1. Инструменты для оценки социального тревожного расстройства	53
3.2. Первичная встреча с семьей	56
3.3. Встреча с молодым человеком	56
3.4. Встреча с родителями	57
3.5. Заключительная семейная встреча	57
ГЛАВА 4. ФОРМУЛИРОВКА СЛУЧАЯ И НАЧАЛО РАБОТЫ	58
4.1. Установление хороших терапевтических отношений	58
4.2. Изучение стандартизированных опросников	59
4.3. Описание текущих проблем социальной тревожности	61
4.4. Составление индивидуальной модели когнитивной концептуализации	74
4.5. Домашнее задание и подведение итогов	85
4.6. Опрос родителей / опекунов	85
ГЛАВА 5. ЭКСПЕРИМЕНТ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ВНИМАНИЯ НА СЕБЕ И ОХРАНИТЕЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ	88
5.1. Общее описание процедуры	89
5.2. Проведение эксперимента	90

5.3. Инструктаж к беседе	91
5.4. Оценки	94
5.5. Первичные наблюдения и размышления	96
5.6. Домашнее задание	97
5.7. Возможные трудности.....	97
ГЛАВА 6. ВИДЕО- И АУДИО- ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ.....	100
6.1. Настройка записи.....	101
6.2. Подготовка к просмотру видео	103
6.3. Просмотр и обсуждение видео	105
ГЛАВА 7. ТРЕНИРОВКА ВНИМАНИЯ.....	111
7.1. Обзор этапов обучения.....	112
7.2. Подготовка к тренировке	114
7.3. Инструкции	115
7.4. Ключевые моменты обучения	120
7.5. Домашнее задание	123
ГЛАВА 8. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ.....	124
8.1. Цели.....	126
8.2. Разработка поведенческих экспериментов	127
8.3. Примеры поведенческих экспериментов	136
8.4. Возможные трудности.....	140
8.5. Опросы.....	144
ГЛАВА 9. РАБОТА С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ВОСПОМИНАНИЯМИ	146
9.1. Когда использовать техники, связанные с воспоминаниями	147
9.2. Обучение видению различий.....	148
9.3. Рескриптинг в воображении	152
9.4. Возможные трудности.....	160
ГЛАВА 10. ПРЕДВОСХИЩАЮЩЕЕ БЕСПОКОЙСТВО И РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ РАЗБОР СОБЫТИЙ	161
10.1. Когда использовать техники, направленные на работу с беспокойством	163
и руминациями.....	163
10.2. Обзор методов.....	164
10.3. Преимущества и недостатки беспокойства и руминаций.....	165
10.4. Как замечать и прекращать беспокойство и руминации	169
10.5. Сокращение чрезмерной подготовки.....	171
ГЛАВА 11. РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ.....	172
11.1. Информация для родителей о социальной тревожности и лечении.....	173

11.2. Поддержка лечения ребенка	173
11.3. Убеждения и поведение родителей, приносящие вред	174
11.4. Социальная тревожность родителей	181
ГЛАВА 12. ОБЩЕНИЕ ПОДРОСТКОВ СО СВЕРСТНИКАМИ, ВИКТИМИЗАЦИЯ И БУЛЛИНГ	184
12.1. Анти-буллинг-интервенции (Меры по борьбе с травлей)	188
12.2. Работа с восприятием сверстников и реакцией на них	189
12.3. Романтические отношения	201
ГЛАВА 13. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВА И ЗАВЕРШЕНИЕ ТЕРАПИИ.	206
13.1 Предотвращение рецидива.	206
13.2. Поддерживающие сессии.....	210
13.3. Завершение терапии	211
ГЛАВА 14. СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ	212
14.1. Депрессия	212
14.2. Генерализованная тревога	213
14.3. Панические атаки.....	213
14.4. Расстройства пищевого поведения (Eating difficulties).....	214
14.5. Телесная дисморфофобия	215
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	217
Приложение А. Список измерительных шкал	217
Приложение В. Шкалы самоотчета	218
Приложение С. Как обрабатывать результаты.	231
Приложение Д. Рабочий лист целей	233
Приложение Е. Бланк модели социальной тревоги	234
Приложение F. Информация для молодых людей.	235
Приложение G. Информация для родителей.	239
Приложение H. Запись эксперимента с направленным на себя фокусом внимания и охранительным поведением.	242
Приложение I. Запись эксперимента с направленным на себя фокусом внимания и охранительным поведением для помощника.....	244
Приложение J. Бланк поведенческих экспериментов	245
Приложение K. Программа терапии	246
Приложение L. Контрольный список сессий и домашних заданий	249
КТ-СТР-П СЕССИЯ 1: ФОРМУЛИРОВКА КЕЙСА [ВСТРЕЧА С ПОДРОСТКОМ]	250
КТ-СТР-П СЕССИЯ 2: КОНЦЕНТРАЦИЯ ВНИМАНИЯ НА СЕБЕ И ЭКСПЕРИМЕНТ В ОТНОШЕНИИ ОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ	252
КТ-СТР-П СЕССИЯ 3: ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ПО ЭКСПЕРИМЕНТУ НА ВИДЕО.	254

КТ-СТР-П СЕССИЯ 4: ТРЕНИНГ ВНИМАНИЯ	255
КТ-СТР-П СЕССИИ 5 – 14 (+ поддерживающие встречи на 1 и 3 месяце).....	256
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПО ВИДЕО/ФОТОСЪЕМКЕ.....	257
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ	258
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО ТРАВМИРУЮЩИМИ ВОСПОМИНАНИЯМИ.....	259
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ РАБОТЫ С БЕСПОКОЙСТВОМ И РУМИНАЦИЯМИ.....	261
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТЫ С ОТНОШЕНИЯМИ СО СВЕРСТНИКАМИ, ВИКТИМИЗАЦИЕЙ И БУЛЛИНГОМ.....	262
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ И ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРАПИИ	265
КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СЕССИЙ С РОДИТЕЛЯМИ	267
ИСТОЧНИКИ	268

Список рисунков

Рисунок 1. Когнитивная модель социального тревожного расстройства.....	16
Рисунок 2. Влияние присутствия сверстников на принятие риска в зависимости от возраста.....	27
Рисунок 3. Возрастная разница и устойчивость к влиянию сверстников.....	28
Рисунок 4. Пример персонализированной версии концептуализации 11-летней девочки.....	35
Рисунок 5. Пример индивидуальной концептуализации 16-летнего юноши.....	41
Рисунок 6. Эффективность стандартных и кратких версий КТ-СТР по сравнению с другими вариантами лечения в исследованиях, проведенных Кларком, Элерсом и другими.	47
Рисунок 7. Пример индивидуальной модели концептуализации молодого человека.....	76
Рисунок 8. «Ментальная карта» процесса беспокойства Лары	166
Рисунок 9. Копинг-карта Лары, обобщающая недостатки беспокойства.....	170
Рисунок 10. Копинг-карта Лары, обобщающая недостатки беспокойства и альтернативы	171

Список таблиц

Таблица 1. Диагностические критерии социального тревожного расстройства. DSM – 5.....	10
Таблица 2. МКБ-10: Критерии диагностики социальных фобий	11
Таблица 3. Охранительное поведение при страхе покраснения.....	18
Таблица 4. Социальные страхи и связанное с ними охранительное поведение	24
Таблица 5. Обзор 14-сессионной Когнитивной терапии социального тревожного расстройства ..	31
Таблица 6. Расписание интервью по тревожным расстройствам для детей и родителей.....	54
Таблица 7. Показатели самоотчета подростков о социальной тревожности	55
Таблица 8. Стандартизированные опросники, полезные для сбора информации перед клиническим интервью	60
Таблица 9. Резюме информации, которую необходимо охватить в ходе клинического интервью	61
Таблица 10. Краткое изложение целей интервью с родителями	85
Таблица 11. Распространенные бесполезные родительские убеждения и поведение.....	87
Таблица 12. Общее описание эксперимента с направленным на себя фокусом внимания и охранительным поведением	90
Таблица 13. Бланк, обобщающий два поведенческих эксперимента Мэтта	134
Таблица 14. Бланк, обобщающий два поведенческих эксперимента Хлои.....	135
Таблица 15. Примеры поведенческих экспериментов для проверки распространенных страхов	138
Таблица 16. Краткое описание различий между «Тогда» и «Сейчас» для обучения Марты беспристрастности.....	151
Таблица 17. Доказательства Кевина в пользу его инкапсулированного убеждения и новой точки зрения.....	154
Таблица 18. Преимущества и недостатки беспокойства Лары.....	168
Таблица 19. Техники работы с вредными убеждениями и поведением родителей.....	175
Таблица 20. Рабочий лист поведенческого эксперимента для матери Сиенны	179
Таблица 21. Рабочий лист поведенческого эксперимента матери Гэби	183
Таблица 22. Отчет об эксперименте Марка	190
Таблица 23. Полезные вопросы для обсуждения модели предубеждений.....	197
Таблица 24. Журнал положительных данных Зои	198
Таблица 25. Запись поведенческого эксперимента для Зои.....	199
Таблица 26. Отчет об эксперименте Зои.....	205
Таблица 27. Основные пункты плана предотвращения рецидива.....	206
Таблица 28. План Сиенны	207

ГЛАВА 1. СОЦИАЛЬНОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО У ПОДРОСТКОВ

1.1. Что такое социальное тревожное расстройство, и как оно проявляется у подростков?

Хлоя всегда была слегка застенчивым ребенком по сравнению с ее более активной младшей сестрой. Хлое нравилось посещать начальную школу, где у нее были друзья. Однако, переход в среднюю школу оказался сложным. Никто из ее друзей из начальной школы не перешел в новую школу. Хлое с трудом удавалось найти новых товарищей. Она вспоминает, что в тот период чувствовала себя подавленно и была в смятении, как будто «все, кроме меня, знали, что делать».

Хлоя наблюдается в клинике по настоянию родителей, обеспокоенных тем, что она отказывается посещать школу. Родители прошли диагностическое интервью с целью получения подробной информации о семье, личной истории каждого и текущих трудностях Хлои.

Затем Хлоя проходит индивидуальное интервью. С ней сложно установить контакт, так как она не смотрит в глаза, коротко отвечает и говорит тихим голосом. Во время интервью Хлоя описывает интенсивный страх разных социальных ситуаций – она боится просить о помощи в классе, принимать участие в групповых обсуждениях, разговаривать с одноклассниками на перемене и во время обеда, писать сообщения, ходить на мероприятия. Хлоя уверена, что не сможет подобрать слова, покраснеет, и люди подумают, что она глупая и неуверенная. Хлоя остается в уборной во время перемен, избегает зрительного контакта, опускает голову во время уроков и начала пропускать школу. Она никогда не рассказывала о своих страхах прежде и обеспокоена тем, что люди будут смеяться над ней, если узнают о них. Иногда она чувствует безнадежность и не знает, как это изменить.

Социальное тревожное расстройство – это устойчивый и чрезмерный страх одной или нескольких социальных ситуаций. Человек опасается осуждения, презрения или пренебрежительного отношения со стороны других и боится показаться глупым, слабым, неуклюжим или ненормальным. Примеры социальных ситуаций, которые подразумевают взаимодействие:

- Разговаривать с друзьями по телефону
- Начать беседу
- Знакомиться
- Входить в класс, когда другие уже сидят
- Есть и пить вместе с другими
- Спросить у учителя разрешения выйти из класса
- Перемены
- Задавать и отвечать на вопросы в классе
- Заниматься спортом
- Принять участие в сценке или танцевальном представлении
- Выступать с презентацией в классе
- Ходить в общественные туалеты
- Покупать одежду в магазине
- Использовать социальные сети

Большинство подростков будут тревожиться в некоторых вышеперечисленных ситуациях. Волнение по поводу оценки себя другими появляется у детей в дошкольном возрасте. Это отчасти связано с развитием когнитивных способностей в этом возрасте – дети начинают формировать свою точку зрения и самосознание. У подростков формируется большая автономия от родителей, они придают важное значение принадлежности своей референтной группе. В подростковый период молодые люди отделяются от семьи и учатся взаимодействовать со сверстниками. Этот способ коммуникации будет сопровождать их всю жизнь. В этот период подростки особенно восприимчивы к влиянию сверстников. Это важный этап социального обучения.

Тревога по поводу социального взаимодействия со сверстниками вполне разумна в период пубертата. Для большинства молодых людей эти заботы скоротечны, могут быть легко преодолены, не влекут серьезных последствий и дистресса. Однако, у некоторых подростков тревога будет чрезмерной, приведет к избегающему поведению и снижению функционирования. Они пропустят этап социального обучения, являющийся критически важным на протяжении всей жизни, поэтому необходимы ранние терапевтические интервенции.

Подростки с социальным тревожным расстройством боятся сказать или сделать нечто такое из-за чего, по их мнению, будут выглядеть нелепыми и глупыми. Они боятся, что окружающие заметят их покрасневшее лицо, выступивший пот, трясущиеся руки, речевые запинки, проявления самой тревоги. Они опасаются показаться глупыми, скучными, неумелыми. В отличие от

взрослых, подростки в меньшей степени понимают, что их страхи чрезмерны и не соответствуют ситуации.

Понятно, что подростки с социальным тревожным расстройством будут использовать любой шанс, чтобы избегать ситуаций, вызывающих страх. Однако, это не всегда возможно, если посещение школы является обязательным, или в ситуациях, когда родители настаивают на участии в социальных мероприятиях. Это часто сопровождается сильным стрессом.

Дети младшего возраста могут плакать или «застывать», реагировать истериками и вспышками гнева, либо молчать. Подростки могут испытывать сильный стыд и с трудом озвучивать свои страхи. Некоторым молодым людям с социальной тревожностью присуща застенчивость и замкнутость, другим раздражительность и необщительность. Социальная тревожность иногда скрывается под маской агрессии, буллинга и унижения других. В этом случае и родителям и педагогам будет нелегко распознать социальную тревожность.

1.2. Диагностические сложности

Страх социального взаимодействия известен давно и имеет исторический контекст, однако, как отдельное расстройство его стали рассматривать с середины 1960-х годов. Marks and Gelder (1965) описали пациентов со специфичным страхом принимать пищу в общественных местах (социальная фобия). Социальная фобия была включена в DSM III 1980-м году, а в 1994 году вошла в DSM IV. Со временем диагноз «Социальное тревожное расстройство» развился в нескольких направлениях. Во-первых, социальная тревожность сейчас рассматривается как более широкое понятие по сравнению со специфической фобией, которая сопровождается избеганием. Во-вторых, мы стали рассматривать социальную тревожность, как расстройство, которое присуще не только взрослым, но также детям и подросткам. Диагнозы *«избегающее расстройство детского и подросткового возраста»* и *«гипертревожное расстройство»* были убраны. Диагноз *«социальное тревожное расстройство»* может быть поставлен детям. При постановке диагноза важно учитывать специфичную информацию и симптомы расстройства, свойственные детям и подросткам, которые несколько похожи, но имеют существенное различие с социальным тревожным расстройством во взрослом возрасте. В-третьих, диагноз социальное тревожное расстройство может быть поставлен наряду с избегающим расстройством личности (этого не было в DSM III) с признанием того факта, что между этими двумя состояниями существует значительное пересечение. Во второй главе DSM-5 указано, что диагноз избегающего расстройства личности может быть поставлен детям или подросткам с «индивидуальными дезадаптивными чертами личности, которые носят стойкий и повсеместный характер и не

ограничены конкретной стадией развития или другим психическим расстройством» (APA, 2013, р.647). Диагностические критерии социального тревожного расстройства, описанные в последнем пятом пересмотре DSM, представлены в таблице 1. Критерии социальной фобии, описанные в 10-й редакции Международной классификации болезней Всемирной организации здравоохранения (1992), представлены в таблице 2.

Таблица 1. Диагностические критерии социального тревожного расстройства. DSM – 5.

- А.** Выраженный и устойчивый страх одной или нескольких общественных ситуаций или публичных выступлений, когда человек сталкивается с незнакомыми людьми или возможным пристальным вниманием к себе со стороны окружающих. Примеры включают социальное взаимодействие (разговор, знакомство), ситуации, связанные с употреблением пищи или напитков в общественном месте и выступления перед публикой.
- Примечание:** у детей тревога может возникать при общении со сверстниками, не обязательно в компании взрослых.
- В.** Человек боится, что он покажет свою тревогу и подвергнется негативной оценке со стороны окружающих (или будет вести себя так, что почувствует себя неловко или униженно, что может привести к отвержению и нанесению обиды со стороны других).
- С.** Социальные ситуации почти всегда провоцируют страх или тревогу.
- Примечание:** У детей страх или тревога могут проявляться плачем, истериками, замираниями. Дети могут цепляться за родителей и не отпускать их, сжиматься.
- Д.** Социальные ситуации избегаются или переносятся с интенсивным страхом и тревогой.
- Е.** Страх и тревога чрезмерны и не соответствуют актуальной ситуации.
- Ф.** Страх, тревога или избегание устойчивы, продолжительностью 6 месяцев.
- Г.** Страх, тревога или избегание вызывают клинически значимый дистресс и нарушения в социальной, профессиональной или других важных областях функционирования.
- Н.** Страх, тревога или избегание не являются симптомами употребления психоактивных веществ (наркотиков, медикаментов) или другого медицинского состояния.
- И.** Страх, тревога или избегание не являются симптомами других психических расстройств, таких как паническое расстройство, дисморфофобия или расстройства аутистического спектра.
- Ж.** Если присутствует другое медицинское состояние (болезнь Паркинсона, ожирение, увечья от ожога или травмы), страх, тревога или избегание не связаны с социальным тревожным расстройством.
- Уточнить: Только для выступлений:** ограничивается ли страх выступлениями на публике.
-

Таблица 2. МКБ-10: Критерии диагностики социальных фобий

Социальные фобии (F40.1)

А. Либо (1) или (2):

1. (1) Выраженный страх столкнуться с пристальным вниманием со стороны окружающих. Человек боится, что он покажет свою тревогу или будет вести себя так, что почувствует себя неловко или униженно;

2. (2) Выраженное избегание ситуаций, где человек может столкнуться с пристальным вниманием со стороны окружающих, показать свою тревогу или будет вести себя так, что почувствует себя неловко или униженно.

Эти страхи появляются в социальных ситуациях, например, прием пищи в общественном месте или публичное выступление; встреча со знакомыми в общественном месте; участие в небольших групповых активностях, таких как, вечеринки, встречи, занятия.

В. Наличие по крайней мере двух симптомов тревоги в ситуации, вызывающей страх, в определенный момент времени с момента возникновения расстройства, как это определено в критерии В для 40.0 (Агорафобия) и дополнительно один из следующих симптомов:

(1) Покраснение

(2) Боязнь рвоты

(3) Ощущение крайней необходимости (неотложности) или страх перед мочеиспусканием или дефекацией

С. Значительное эмоциональное напряжение, связанное с симптомами или избеганием.

Д. Признание того, что симптомы или избегание являются чрезмерными и неоправданными.

5. Симптомы должны быть ограничены только или преимущественно определенными социальными ситуациями или мыслями об этих ситуациях.

6. Наиболее часто используемый исключаящий критерий: Критерий А или В являются ведущими, а не вторичными по отношению к другим расстройствам, таким как ограниченные психические расстройства (F0), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства (F20-F29), аффективные расстройства (F30 –F39) или обсессивно-компульсивное расстройство (F42). Критерии А и В также не являются вторичными по отношению к культуральным особенностям.

1.3. Насколько распространено социальное тревожное расстройство в подростковом возрасте?

В некоторых странах были проведены исследования по показателям распространенности социального тревожного расстройства у детей и подростков. В исследованиях на подростках для диагностики использовались разные методы, что, вероятно, объясняет значительные различия в оценках распространенности. Большое 12-ти месячное исследование в Новой Зеландии показало,

что 11,1% 18-летних подростков удовлетворяли критериям социального тревожного расстройства (Feehan et al., 1994). Американское исследование показало, что 9% подростков в возрасте 13-18 лет удовлетворяли критериям социальной фобии (Burstein et al., 2011). Согласно отчетам другого американского исследования распространенности социального тревожного расстройства этот показатель составляет 9,1% (в возрасте 13 - 18 лет), причем среди девочек он выше, чем среди мальчиков (11,2% против 7,0%, соответственно). С возрастом показатели увеличиваются (Merikangas et al., 2010). Тем не менее, большое британское эпидемиологическое исследование (Ford, Goodman, & Meltzer, 2003) сообщает, что только 0,32% детей в возрасте от 5 до 15 лет имели расстройство. Это выше, чем в случаях посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) и панического расстройства, но ниже, чем в случаях сепарационного тревожного расстройства, специфической фобии и генерализованного тревожного расстройства. В этом британском исследовании показатели распространенности социального тревожного расстройства были выше как для мужчин, так и для женщин, и с возрастом отмечалось небольшое увеличение. Большое американское исследование сообщает похожие показатели в случае детей 9-11 лет (Costello et al., 2003), в то время как немецкое исследование показывает 4% распространенности среди подростков 14-17 лет (Wittchen, Stein, & Kessler, 1999). Несмотря на разницу в исследованиях, очевидно, что тревожные расстройства распространены среди детей и подростков. Социальное тревожное расстройство – одно из самых распространенных (Merikangas, Nakamura, & Kessler, 2009).

1.4. Социальное тревожное расстройство: когда начинается, сколько длится?

Социальное тревожное расстройство обычно начинается в раннем подростковом возрасте (Wittchen, Stein, et al., 1999). Проспективные лонгитюдные исследования показывают, что социальное тревожное расстройство не типично для периода раннего детства (Wittchen, Stein, et al., 1999). Оно обычно начинается в раннем подростковом возрасте. Средний возраст дебюта заболевания – 13 лет (Kessler et al., 2005). Пик заболеваемости отмечается в подростковом возрасте. Редкие случаи заболеваемости отмечаются после 25 лет (Heimberg et al., 2000).

В некоторых исследованиях изучение подростков с социальным тревожным расстройством длилось несколько лет (Bruce et al., 2005; Reich, Goldenberg, Goisman, et al., 1994; Reich, Goldenberg, Vasile, et al., 1994). Эти исследования показали, что при отсутствии терапии расстройство спонтанно не излечивается. К примеру, Брюс с коллегами (2005) проводили исследование в течение 12 лет. Участники исследования - взрослые люди с разными тревожными расстройствами. На начало исследования люди страдали от социального тревожного расстройства на протяжении 19 лет. В течение последующих 12 лет процент выздоровления в случае

социального тревожного расстройства составил 37%, по сравнению с 58% в случае с ГТР и 82% в случае панического расстройства без агорафобии.

10-летнее проспективное исследование с участием более 3000 немецких подростков и молодых людей в возрасте от 14-24 лет (Beesdo-Baum et al., 2012) показывает похожие результаты: 56,7% участников с социальным тревожным расстройством сообщали о сохранении, по крайней мере, симптомов социальной тревожности по окончании исследования. Только 15,1% участников полностью выздоровели. Есть некоторые свидетельства того, что часть социально тревожных подростков могут «перерасти» расстройство, однако, они продолжают находиться в группе риска развития других тревожных расстройств (Pine et al., 1998). Некоторые молодые люди с социальным тревожным расстройством могут выздороветь к взрослому возрасту. Однако, это скорее исключение, чем правило. Вероятность спонтанного выздоровления остается очень небольшой для большинства людей по сравнению с другими психическими расстройствами.

1.5. Коморбидность социального тревожного расстройства с другими расстройствами.

Коморбидность тревожных, аффективных и поведенческих расстройств у молодых людей очень высока (Ford et al., 2003). В большом немецком исследовании подростков и молодых людей (14-24 года) 31,1% имели сопутствующие расстройства настроения, почти 50% имели другое тревожное расстройство, 41,3% злоупотребляли психоактивными веществами (Wittchen, Stein, et al., 1999). Было выдвинуто предположение, что селективный мутизм является тяжелой формой социальной тревожности (Black & Uhde, 1992). Действительно, примерно 60%-70% молодых людей с селективным мутизмом имеют коморбидный диагноз социального тревожного расстройства (Manassis et al., 2003; Manassis et al., 2007).

С точки зрения временной динамики коморбидности, социальное тревожное расстройство предшествует сопутствующему расстройству настроения в двух третях случаев (Kessler et al., 2005). По сравнению с контрольной группой, вероятность развития депрессии или дистимии у подростков и молодых людей с социальным тревожным расстройством возрастает в 3,5 раза. Подростки с коморбидной депрессией в начале заболевания с большей вероятностью сохранят симптомы депрессии или будут испытывать рецидивы депрессии (Stein et al., 2001). Кроме того, социальное тревожное расстройство предшествует употреблению алкоголя и запрещенных наркотиков. К примеру, 10-летнее проспективное исследование подростков показало, что наличие социальной тревожности увеличивает риск алкогольной зависимости у подростков, которые регулярно употребляют спиртное (Коэффициент Odds=2.9). Похожим образом социальное

тревожное расстройство увеличивает риск развития наркомании у подростков, которые употребляют запрещенные вещества (OR=2.1). (Swendsen et al., 2010).

1.6. Как это влияет на жизнь подростков?

Социальное тревожное расстройство не следует путать с нормальной застенчивостью, которая не ассоциируется со значительным снижением качества жизни (Heiser, Turner, & Beidel, 2003). Страдает учебная успеваемость. Есть существенный риск того, что подростки могут бросить школу, иметь более низкую профессиональную квалификацию, чем сверстники (Van Ameringen, Mancini, & Farvolden, 2003). Одно исследование (Katzelnick & Greist, 2001) показало, что зарплаты людей с социальным тревожным расстройством на 10% ниже, чем у людей, не имеющих этого расстройства.

Закономерно страдает и социальная жизнь. В среднем у людей с социальным тревожным расстройством меньше друзей, они испытывают сложности в общении с друзьями (Whisman, Sheldon, & Goering, 2000). Наиболее вероятно, что они становятся жертвами буллинга и агрессии со стороны сверстников (Acquah et al., 2015). Они реже вступают в брак, чаще разводятся и реже имеют детей (Wittchen, Fuetsch, et al., 1999). Социальные страхи вмешиваются в повседневную активность: посещение магазинов, покупка одежды, поход в парикмахерскую, звонок по телефону. Большинство взрослых, страдающих от социального тревожного расстройства, имеют работу, однако, они чаще берут выходные и менее продуктивны в связи со своими симптомами (Stein & Kean, 2000). Люди избегают или увольняются с работы, которая подразумевает презентации и выступления.

1.7. Каковы причины социального тревожного расстройства?

В то время как этиология социальной тревожности остается мало изученной, есть основания полагать, что существует несколько взаимодействующих механизмов (Beidel & Turner, 2007). Одним из путей является генетическая передача. Мерикангас и коллеги (2003) провели два семейных исследования и получили свидетельства о генетическом семейном механизме социального тревожного расстройства. Их выводы также указывают на специфичность выраженности социального тревожного расстройства в семьях. Они обнаружили значительную связь между пробандом с социальным тревожным расстройством (индивид, первым привлекающий внимание исследователей каким-то расстройством, и с которого начинается изучение модели генетической передачи внутри семьи этого же или сходного, родственного, с выявленным у него расстройством) и его родственником с социальным тревожным расстройством.

Исследователи обнаружили незначительную связь между пробандом с социальным тревожным расстройством и родственником с паническим расстройством. Скайни, Белотти и Огляри (2014 год) провели мета-анализ двух исследований, которые включили 25 когорт и более 40000 человек. Оценки генетического влияния варьировались от 0,13 до 0,60, а оценка мета-анализа составляла 0,41. Они отметили интересный факт – генетический вклад составлял примерно половину среди взрослых по сравнению с молодыми людьми. Это предполагает, что генетические факторы могут быть очень важными в развитии социального тревожного расстройства среди детей и подростков.

Другой механизм – окружающая среда. В описанном выше мета-анализе было установлено, что факторы окружающей среды также являются значимыми - 0,54 (в диапазоне от 0,31 до 0,78). Люди с социальным тревожным расстройством часто сообщают о социально травматичных событиях в раннем возрасте (буллинг, насилие в семье, публичное унижение). (Erwin et al., 2006).

Развитие социального тревожного расстройства связано с обучением по моделям и гиперопекающим стилем воспитания – дети учатся бояться и избегать на примере родителей (Lieb et al., 2000).

Успех селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗ), ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН) и ингибиторов моноаминоксидазы (МАОИС) в лечении социального тревожного расстройства предполагает, что дисрегуляция нейротрансмиттерных систем серотонина и дофамина имеет значение, но в настоящее время нет исследований, которые бы указывали на причинную связь между такой дисрегуляцией и развитием социального тревожного расстройства (Mathew, Coplan, and Gorman 2001), обзор нейробиологических основ социального тревожного расстройства).

Нейровизуализационные исследования предполагают, что при предъявлении угрожающего стимула у подростков с социальным тревожным расстройством в большей степени активизируются специфичные отделы мозга (миндалевидное тело, инсула, передняя поясная кора – структуры, которые вовлечены в регуляцию тревоги) по сравнению со здоровыми участниками исследования (Mathew, Coplan, and Gorman 2001) обзор нейробиологических основ социального тревожного расстройства).

ГЛАВА 2. КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ СОЦИАЛЬНОГО ТРЕВОЖНОГО РАССТРОЙСТВА.

2.1. Когнитивные модели социального тревожного расстройства у взрослых.

Был разработан ряд когнитивных моделей, призванных объяснить, почему несмотря на тот факт, что социально тревожные люди регулярно сталкиваются с социальным взаимодействием и даже несмотря на то, что подавляющее большинство этих взаимодействий благоприятные, их социальная тревога сохраняется (Clark & Wells, 1995; Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2010; Hofmann, 2007; Rapee & Heimberg, 1997). Это связано с двумя проблемами: страхом публичного провала и негативной оценки и концентрацией внимания на себе.

Лечение, описанное в этом руководстве, основывается на модели социальной тревожности Кларка и Уэллса (1995). Мы адаптировали это руководство для лечения подростков. В этой модели представлены 3 фактора. Первый фактор относится к негативным убеждениям о себе и окружении. Это активизирует ощущение угрозы в социальных ситуациях. Второй фактор касается использования охранительного поведения. Третий фактор касается оценки себя как социального объекта. Последние два фактора поддерживают негативные убеждения и социальную тревожность. Предвосхищающий и ретроспективный разбор события (беспокойство и руминации) также играют значительную роль. Когнитивная модель представлена на Рис. 1. Значительный объем данных накоплен в поддержку этой модели.



Рисунок 1. Когнитивная модель социального тревожного расстройства

Негативные убеждения

Люди с социальной тревожностью считают чрезвычайно важным производить хорошее впечатление на других. Они также сильно сомневаются в своей способности делать это. Они думают о себе: «Я скучный», «Я всегда должен говорить что-то интересное», «Если я молчу, люди подумают, что я тупой». Им кажется, что люди обязательно отвергнут их. В связи с этим они полагают, что находятся под угрозой при социальном взаимодействии. Они верят, что поведут себя неприемлемо или некомпетентно, и это приведет к отвержению, обесцениванию и другим катастрофичным последствиям.

Когда социально тревожные люди попадают в социальные ситуации, активизируются их негативные убеждения о себе и самой ситуации. Это ведет к ощущению угрозы. Затем следует серия когнитивных, аффективных и соматических реакций, которые образуют закрытую систему. Эта система черпает подтверждение из внутренних ощущений и мыслей и исключает другую объективную внешнюю информацию. Ключевые процессы, которые поддерживают эту закрытую систему:

1. Охранительное поведение
2. Концентрация внимания на себе и оценка себя как социального объекта
3. Предвосхищающий и ретроспективный разбор (беспокойство и руминации).

Охранительное поведение

Охранительное поведение – это то, что делают люди, чтобы предотвратить наступление катастрофического исхода. Если катастрофический исход реален, тогда охранительное поведение имеет смысл, к примеру, взять с собой зонт в дождливую погоду, чтобы не намочнуть. Если страх не соответствует реальной ситуации, тогда охранительное поведение является проблемой. В таком случае охранительное поведение не дает человеку понять, что катастрофический исход маловероятен или не случится совсем. Это одно из негативных последствий охранительного поведения, которое характерно для всех типов охранительного поведения, которые используют социально тревожные люди. Примеры охранительного поведения: избегание зрительного контакта, поменьше говорить, задавать много вопросов, заранее готовить темы разговора, находиться в конце группы, использовать алкоголь или наркотики, наносить много макияжа.

Часть охранительного поведения относится к мыслительным операциям. К примеру, человек, который боится показаться скучным, может готовить темы разговоров заранее. Если мероприятие пройдет относительно хорошо, он объяснит это тем, что подготовился («если бы я не подготовил темы разговора заранее, люди бы подумали, что со мной скучно»). Мыслительное

охранительное поведение не очевидно другим, поэтому клиницистам важно прояснять это вместе с пациентами.

Особенности охранительного поведения будут зависеть от специфики страхов людей с социальным тревожным расстройством. Социальные страхи имеют несколько уровней, в связи с этим люди используют разные типы охранительного поведения (Таблица 3 описывает многообразие охранительного поведения, которое используют женщины со страхом покраснения лица). К примеру, люди, которые боятся показаться скучными, могут использовать разное охранительное поведение: они могут находиться в конце группы людей, чтобы не привлекать внимание, готовить темы разговора заранее, они постоянно следят за тем, что говорят в процессе беседы.

Таблица 3. Охранительное поведение при страхе покраснения

Предполагаемый худший исход	Охранительное поведение, предназначенное для предотвращения предполагаемого худшего исхода
«Мое лицо и шея покраснеют»	<p>Открывать окна, пить холодную воду, избегать горячих напитков, носить тонкую одежду.</p> <p>Избегать зрительного контакта.</p> <p>На собрании притворяться, что делает заметки, чтобы выглядеть профессионалом.</p> <p>Избегать «сложных» тем в разговоре.</p> <p>Говорить себе, что человек на самом деле не так уж и привлекателен: «Я бы дала ему 2 из 10 по шкале привлекательности».</p>
«Если я покраснею, люди это заметят»	<p>Носить одежду (шарф, высокий воротник), которая скрывает зоны покраснения.</p> <p>Камуфлирующий макияж.</p> <p>Прикрывать лицо руками; прятать лицо за длинными волосами.</p> <p>Стоять в затемненной части помещения. Отворачиваться.</p>
«Если люди заметят покраснение, они будут плохо думать обо мне»	<p>Предложить альтернативную версию того, почему лицо красное: «Здесь жарко», «Я сегодня сильно спешу», «Я выздоравливаю от гриппа», и т.д.</p>

Кларк (2001, стр. 409)

Факторный анализ социально тревожных взрослых выделяет две большие категории охранительного поведения (Hirsch, Meunier, & Clark, 2004; Plasencia, Alden, & Taylor, 2011): избегающее поведение и стратегия «управления производимым впечатлением»

(impressionmanagement). Избегающее поведение подразумевает действия, направленные на то, чтобы спрятать себя. К примеру, избегать зрительного контакта, меньше разговаривать, стоять в конце группы людей, избегать говорить о себе. Так называемые стратегии «управления производимым впечатлением» включают в себя поведение, направленное на создание более социально приемлемого образа себя. К примеру, следить за собой во время мероприятия, готовить темы разговоров заранее, пытаться вести себя нормально, жестко контролировать свое поведение. Plasencia and colleagues (2011) попросили взрослых пациентов с социальным тревожным расстройством коротко поговорить с «подставным» собеседником. Исследователи обнаружили, что избегающее охранительное поведение ассоциируется с более высоким уровнем тревоги во время беседы и негативными реакциями со стороны «подставного» собеседника. Стратегии управления производимым впечатлением не привели к возникновению негативных реакций со стороны «подставного» собеседника, уровень тревоги также не вырос. Эти стратегии в большей степени препятствовали коррекции и пересмотру негативных предсказаний.

Охранительное поведение не помогает по ряду причин. Во-первых, оно препятствует человеку в получении нового корректирующего опыта, когда он может обнаружить, что негативные и катастрофические предсказания не сбываются. К примеру, если человек боится показаться неинтересным, он может избегать пауз в разговоре. Если разговор сложится хорошо, он не припишет это себе («вероятно я интересный человек, людям нравится со мной общаться»), вместо этого он предположит, что единственная причина, по которой разговор сложился - охранительное поведение («если бы я не продолжал задавать вопросы и заполнять паузы, они бы подумали, что я скучный и неинтересный»).

Во-вторых, охранительное поведение усиливает концентрацию внимания на себе и контроль своих действий. По мере того, как человек использует охранительное поведение, он может усиливать контроль и внимание на себе, чтобы оценить, "работает" ли охранительное поведение.

В-третьих, охранительное поведение провоцирует тщательно скрываемые симптомы. К примеру, когда человек крепко прижимает руки к себе, чтобы скрыть следы пота, он начинает еще больше потеть. Попытки следить за тем, что человек говорит, что собирается сказать, скорее всего, приведут к запинкам или потере нити разговора. Некоторые люди слишком крепко держат кружку, чтобы другие не увидели, как трясутся их руки. Часто из-за мышечного напряжения руки могут трястись еще больше, либо ощущение, что они трясутся, усиливается.

В-четвертых, из-за охранительного поведения люди могут казаться отчужденными и недружелюбными. Использование охранительного поведения может нанести ущерб социальному функционированию и социальной деятельности. Если люди обеспокоены тем, что выглядят нелепо и говорят глупости, они будут строго следить за тем, что говорят или собираются сказать.

Проблема в том, что это создает впечатление незаинтересованности в беседе с другими. Кажется, что они где-то не здесь, и это правда: они мониторят и проверяют. Избегание зрительного контакта, односложные ответы также создают впечатление незаинтересованности. Другие не понимают, что человек ведет себя так, потому что тревожится. Им кажется, что человек просто не заинтересован в них, и в ответ они становятся менее приветливыми. Это горькая ирония социального тревожного расстройства, потому что социально тревожные люди искренне хотят быть принятыми другими и, тем не менее, непреднамеренно передают послание, что они не заинтересованы в других. Люди будут отстраняться, таким образом, тревожные предположения об отвержении становятся самосбывающимся пророчеством.

В-пятых, охранительное поведение может привлечь внимание к скрываемым симптомам (например, покраснение лица, усиленное потоотделение, тихая речь). К примеру, если человек говорит очень медленно, другие могут прислушиваться, попросить повторить то, что он сказал.

Изучение охранительного поведения дает другой взгляд на понимание замкнутости и подавленности социально тревожных людей.

Традиционно такое поведение рассматривалось как недостаток социальных навыков. Однако, существует мало доказательств в пользу этой идеи. Пациенты, которые проходят терапию, не демонстрируют постоянный дефицит социальных навыков. Когда люди не тревожатся, они не проявляют недостатка в социальных навыках. Дефицит навыков, по видимому, ограничен ситуациями, в которых они чувствуют тревогу. Из этого следует предположение, что это реакция на тревогу, а не отсутствие знаний или способностей. Похоже, что, так называемый дефицит социальных навыков, является охранительным поведением.

Оценка себя как социального объекта

Когда люди сталкиваются с социальными ситуациями, они смещают фокус внимания с внешней среды на себя, чтобы провести детальный мониторинг своего самочувствия и поведения. Эти самонаблюдения не помогают по трем причинам. Во-первых, это усиливает восприятие пугающих тревожных реакций. Во-вторых, это мешает сосредотачиваться на ситуации и поведении других. В-третьих, социально тревожные люди используют интероцептивную (внутреннюю) информацию для понимания того, какое впечатление производят на других. Затем они предполагают, что именно так их и видят другие. Речь идет об «ощущениях» того, как человек выглядит: «Я чувствую тревогу, наверняка это заметно». У человека могут возникать образы самого себя «красного как помидор», «с каменным, застывшим лицом». Образы себя воспринимаются с точки зрения других, а не своей собственной.

Наскманн и коллеги (2000) (2000) опрашивали подростков с социальным тревожным расстройством об их социально фобических образах. Все участники сообщали, что испытывали повторяющиеся образы в социальных ситуациях. Большинство образов были связаны с воспоминаниями о неприятных социальных событиях, которые совпали с манифестом расстройства по времени. Мы знаем, что социально травмирующие события ранней жизни (например, буллинг, семейное насилие, ситуации, в которых человек испытывал неловкость или унижение) типичны для людей с социальным тревожным расстройством (Erwinetal., 2006). Результаты исследований Наскманн и коллег (2000) показывают, что, по крайней мере, у некоторых людей образ формируется после социально-травматического переживания и включает впечатление о том, как, по их мнению, они выглядят. Далее образ неоднократно активизируется в последующих социальных ситуациях. Когда образ активизируется, человек часто чувствует себя в такой же опасности, как и при первоначальной травме, даже если со стороны ситуация не подразумевает какой-либо опасности. Это, в свою очередь, будет влиять на коммуникацию с другими людьми. К примеру, 17-летний молодой человек с тяжелым социальным тревожным расстройством подвергся жестокому буллингу в раннем подростковом возрасте. Однажды одноклассник украл у него туфли, а потом ударил этими туфлями по лицу, что вызвало смех друзей агрессора. Спустя несколько лет после инцидента, несмотря на то, что молодой человек учился в другой школе и больше не подвергался издевательствам, он переживал повторяющийся образ себя трясущегося и ссутулившегося. Когда образ появлялся, он чувствовал себя напуганным, беспомощным и уязвимым. Несмотря на то, что в настоящем он не подвергался никакой опасности, он чувствовал себя так, как будто на него могут напасть в любой момент так, как это случилось, когда ему было 11 лет. В итоге он избегал зрительного контакта с окружающими, не разговаривал и отгораживался от других людей.

Социально травмирующие воспоминания провоцируют чувства, которые человек испытывал в то время (в случае юноши это было ощущение уязвимости, беспомощности и испуга) и образы того, как человек мог выглядеть (юноша представлял себя ссутулившимся и трясущимся). Остаток воспоминаний, как правило, отсутствует. К примеру, молодой человек не помнил агрессора и его сообщников или других учеников из класса. Поскольку большая часть исходного воспоминания отсутствует, гораздо сложнее оценить и скорректировать негативное воспоминание. Это просто воспоминание ощущений, чувств и образов того, как человек мог выглядеть. В литературе по ПТСР такой феномен описывается как «аффект без воспоминания» (Ehlers & Clark, 2000).

Предвосхищающее беспокойство и ретроспективный разбор события

Большинство людей с социальной тревогой испытывают высокий уровень тревоги, когда обдумывают будущее социальное взаимодействие. Грядущее событие они будут представлять в

деталей. Это вызывает тревогу и распространение негативных мыслей, в том числе воспоминаний о прошлой неудаче, негативных образов того, как они будут выглядеть и негативных предсказаний о том, как будут себя вести. Мысли, образы и предсказания обычно воспринимаются как неконтролируемые и непреодолимые, что может привести к тому, что человек откажется идти на мероприятие. Если все же ему удастся пойти, вероятно, негативные мысли и концентрация внимания на себе будут доминировать до и во время мероприятия.

Большинство людей испытывают облегчение сразу после ухода с социального мероприятия, однако, признают, что негативные мысли и стресс присутствуют еще долгое время. Социальные ситуации по своей природе неоднозначны, и социально тревожный человек вряд ли получит однозначный сигнал общественного одобрения. Эта неоднозначность часто запускает ретроспективный разбор события. Само событие, как и взаимодействия индивида с другими, будет детально рассмотрено. Поскольку социально тревожные люди обычно сосредоточены на себе, на негативных мыслях и образах во время социального взаимодействия, скорее всего это и будет темой ретроспективного разбора. К сожалению, человек наверняка сделает крайне отрицательные выводы о социальном взаимодействии и своем поведении и запомнит это как «провал» наряду с другими «провалами» в прошлом. В воспоминаниях преобладают чувства стыда и унижения и люди часто «проигрывают» в голове моменты, которые они воспринимают особенно унижительными. Этот ретроспективный разбор может длиться несколько дней и даже недель после события.

2.2. Применение когнитивной модели к подросткам

Мы знаем, что социальное тревожное расстройство обычно возникает в раннем подростковом возрасте, и все большую поддержку получает когнитивная модель Кларка и Уэллса (1995), которая объясняет устойчивость социального тревожного расстройства у подростков. Накоплены доказательства в отношении когнитивных (оценки и обработка информации) и поведенческих процессов, участвующих в поддержании социальной тревожности. Также стоит учесть факторы развития (языковые способности, самосознание, отношения со сверстниками) и семейные факторы (например, поведение и отношение родителей к подростку).

Негативные когниции и ошибки интерпретации

Хотя мы знаем, что подросткам часто сложно сформулировать свои социальные страхи, есть убедительные клинические данные о том, что эти страхи присутствуют у молодых людей с

социальной тревожностью. Подростки могут бояться, что над ними будут издеваться, дразнить или не захотят с ними дружить. Многочисленные исследования показали, что дети и подростки с социальной тревожностью или выраженными симптомами социальной тревожности имеют больше социально-негативных когниций, делают больше негативных прогнозов о социальном взаимодействии по сравнению с их нетревожными сверстниками (Blöte et al., 2014; Cartwright-Hatton, Tschernitz, & Gomersall, 2005; Hodson et al., 2008; Kley, Tuschen-Caffier, & Heinrichs, 2012; Miers et al., 2008; Ranta et al., 2014; Rheingold, Herbert, & Franklin, 2003; Schreiber et al., 2012; Tuschen-Caffier, Kühl, & Bender, 2011). Некоторые из исследований включали в себя вопросники, к примеру Hodson et al. (2008) и Schreiber et al. (2012) давали школьникам из Германии и Великобритании вопросники, содержащие социальные когниции. Оба обнаружили, что молодые люди, набравшие наивысшие баллы по показателю социальной тревоги, имели значительно более частые и сильно выраженные негативные социальные убеждения по сравнению с теми, кто набрал меньше баллов. Другие исследователи продемонстрировали это экспериментально. К примеру, Tuschen-Caffier et al. (2011) провели исследование на трех группах подростков с диагнозом социального тревожного расстройства, с выраженными симптомами СТР и без симптомов тревоги. Подростков попросили поучаствовать в двух социальных ситуациях – поговорить с незнакомцем и произнести речь. Хотя независимые наблюдатели не смогли провести различия между тремя группами, социально тревожные подростки отмечали значительно превосходящее количество негативных мыслей о своем социальном взаимодействии по сравнению со второй группой (выраженные симптомы социальной тревожности). Количество негативных мыслей у подростков из второй группы было выше, чем в первой.

Охранительное поведение

Наш клинический опыт показывает, что как и взрослые, подростки с социальной тревожностью используют широкий спектр очевидного и неочевидного охранительного поведения (см. Таблицу 4, где приведена краткая информация об охранительном поведении, обычно ассоциируемом с типичными социальными страхами). Охранительное поведение, типичное как для взрослых, так и для подростков включает: проверки своего внешнего вида и поведения, попытки не привлекать внимание, избегание зрительного контакта, заблаговременное планирование тем для разговора, плотное сжимание кружек, разговаривать мало или наоборот много, избегание задавать вопросы или наоборот задавать много вопросов, попытки «вести себя нормально». Другое охранительное поведение, которое мы встречаем у подростков включает: носить одежду в соответствии с одеждой группы, слушать «правильную» музыку, чтобы обсудить

со сверстниками, просить других (друзей, родителей) говорить за них, проверять телефон, чтобы казаться занятым, избегать поднимать руку в классе.

Лишь в небольшом числе исследований изучалась роль охранительного поведения при социальной тревожности у молодых людей. На основании самоотчетов было обнаружено, что молодые люди с выраженными симптомами социальной тревожности чаще и больше прибегают к охранительному поведению, чем их менее социально тревожные сверстники (Hodson et al., 2008; Kley et al., 2012; Ranta et al., 2014; Schreiber et al., 2012).

Таблица 4. Социальные страхи и связанное с ними охранительное поведение

Социальный страх	Охранительное поведение, используемое для предотвращения «ужасающего» исхода
«Я буду выглядеть глупо»	Заранее планировать темы разговора Строго следить за тем, что говорит Избегать пауз в речи Задавать много вопросов Избегать разговаривать Проверять, нормально ли я веду себя, нормально ли я выгляжу Мониторинг внутренних ощущений
«Я покраснею»	Носить одежду или макияж, скрывающие покраснение или румянец Прятать лицо Стараться быть незаметным Избегать зрительного контакта Мониторинг внутренних ощущений
«У меня будут трястись руки»	Пытаться контролировать дрожь Крепко держать стакан в руке Не шевелиться Пытаться контролировать свое поведение Пытаться не привлекать внимание Мониторинг внутренних ощущений
«Я буду мямлить/невнятно говорить»	Делать усилие, чтобы правильно выговаривать слова Меньше говорить Репетировать предложения в уме Избегать задавать вопросы Избегать зрительного контакта Просить родителей сказать за себя Мониторинг внутренних ощущений

Оценка себя как социального объекта

Накоплены доказательства, демонстрирующие негативные последствия концентрации внимания на себе в виде поддержания социальной тревожности у молодежи (Anderson & Hope, 2009; Blöte et al., 2014; Higa & Daleiden, 2008; Hodson et al., 2008; Kley et al., 2012; Schmitz et al., 2012; Schreiber et al., 2012). В одном эксперименте 161 подростка попросили произнести речь перед подготовленной нейтрально настроенной аудиторией. Blöte and colleagues (2014) обнаружили, чем выше социальная тревожность у подростка, тем более негативные он делает прогнозы о восприятии себя аудиторией. Кроме этого, эта связь была частично опосредована негативными ожиданиями от собственного выступления и концентрации внимания на себе (оценивалось с помощью самоотчетов).

Другие исследования также обнаружили, что негативное восприятие себя чаще встречается среди молодых людей с социальной тревожностью или выраженными симптомами социальной тревожности. Продолжая исследования Hackmann and colleagues (2000), Schrieber and Steil (2013) спрашивали молодых людей с социальной тревожностью и контрольную группу об образах, которые приходили на ум при воспоминании прошлого события, когда они чувствовали тревогу или неловкость. Они обнаружили, что социально тревожные молодые люди сообщали о более частых, мучительных, спонтанных образах, чем контрольная группа.

Предвосхищающий и ретроспективный разбор события

В исследованиях Hodson et al. (2008) and Schreiber et al. (2012) обнаружено, что молодые люди, набравшие высокие баллы по социальной тревожности, демонстрируют предвосхищающий и ретроспективный разбор события чаще, чем их сверстники, набравшие низкие баллы. Оба исследования использовали шкалу Ликерта для измерения предвосхищающего и ретроспективного разбор. В двух исследованиях на детях (10-12 лет) Шмитц и коллеги (2010; Schmitz, Kraemer, & Tuschen Caffier, 2011) попросили участников выполнить социальную задачу. Ретроспективный разбор и предполагаемое выполнение задачи оценивались с помощью самоотчета в течение нескольких часов или дней после задачи. В обоих исследованиях было обнаружено, что дети с социальной тревожностью (или выраженными симптомами) сообщали о более негативной ретроспективном разборе, чем контрольная группа. Ретроспективный разбор был связан с социальной тревожностью и предполагаемым выполнением задания независимо от симптомов депрессии.

Родительские убеждения и поведение

Передача тревоги из поколения в поколение имеет несколько механизмов. Они включают генетическую наследственность, функционирование семьи, родительские убеждения и поведение (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006). Было проведено очень мало исследований о связи семейных факторов и развития социальной тревожности у молодежи. Родительский гиперконтроль (или гиперопека) является наиболее изучаемым феноменом в отношении социальной тревожности. Родительский гиперконтроль определяется как чрезмерно опекающий, директивный и контролирующийся паттерн поведения в ситуациях, когда это не требуется. Подобное поведение препятствует развитию навыка самостоятельного решения проблем у подростков. Целый ряд исследований свидетельствует о том, что чрезмерный родительский контроль связан с повышенным уровнем социальной тревожности (Bögels et al., 2001; Festa & Ginsburg, 2011; Greco & Morris, 2002; Knappe et al., 2009). Rubin and colleagues (2009) предполагают, что чрезмерная опека обусловлена определенными убеждениями родителей в отношении своих детей и их окружения.

Некоторые родители считают окружение ребенка враждебным, а самого ребенка неспособным справиться с ним. Это ведет к гиперопеке. К примеру, одна мама запрещала своему социально тревожному сыну посещать общежитие в университете, где он учился в аспирантуре. Во время интервью она рассказала о своем страхе, что он не сможет жить отдельно, вдалеке от дома.

Некоторые родители, наоборот, могут верить, что ребенок должен «быть в центре внимания» и чрезмерно давят на него. К примеру, мама одной молодой девушки заставляла ее участвовать в публичных выступлениях каждую неделю. Она считала важным «продолжать идти вперед» и преодолевать социальную тревожность таким способом. Несмотря на благие намерения, такой стиль родительского воспитания способствовал поддержанию тревожности и убежденности в своем провале.

Отношения со сверстниками

В подростковом возрасте социальные взаимодействия обладают особенной ценностью. Отношения со сверстниками очень важны. Подростки склонны отдаляться от родителей и сближаться со сверстниками. Формирование успешных отношений со сверстниками играет центральную роль в эмоциональном и социальном развитии подростков. Во взрослом возрасте мы обращаем внимание на то, что думают другие, но это не сильно влияет на нас. В подростковом возрасте влияние того, что думают о подростке сверстники, велико. Это называется «стадным или стайным менталитетом». (Gardner & Steinberg, 2005) изучали эффекты влияния сверстников на предпринимаемый риск во время игры. Во время видеоигры подростки рисковали значительно

больше в присутствии сверстников, чем когда были одни, в то время как на рискованное поведение взрослых присутствие сверстников не оказывало никакого влияния (Рис.2). Исследования, которые изучали устойчивость к влиянию сверстников, демонстрируют похожие результаты. Как показано на Рис.3, в начале подросткового периода устойчивость к влиянию сверстников низкая и постепенно увеличивается по мере взросления (Steinberg & Monahan,2007). Восприимчивость к влиянию сверстников в подростковом возрасте, скорее всего, будет адаптивной, так как это даст возможность сформировать прочные социальные связи и извлечь важные уроки об отношениях. Однако, для социально тревожных подростков, которые жаждут общественного одобрения, но сильно сомневаются в том, что их принимают, подростковый возраст будет особенно трудным временем. Молодые люди с социальной тревожностью склонны подчиняться сверстникам, например, избегать не соглашаться с другими или не выражать несогласие во вкусах или предпочтениях. Это может привести к отвержению. К примеру, одну социально тревожную девушку сверстницы обвинили в том, что она «подлиза» и «подхалимка».

Социальная тревожность может по разному влиять на способность молодых людей устанавливать успешные отношения. Выраженное избегание может ограничить контакт подростка с другими людьми, тем самым сократив возможности для развития дружеских отношений. Негативные убеждения и охранительное поведение искажают взаимодействие с социальной средой. Это делает подростков более уязвимыми для виктимизации со стороны сверстников.



Рисунок 2. Влияние присутствия сверстников на принятие риска в зависимости от возраста

[Более высокие оценки свидетельствуют о более высоком уровне риска (Gardner & Steinberg, 2005)]

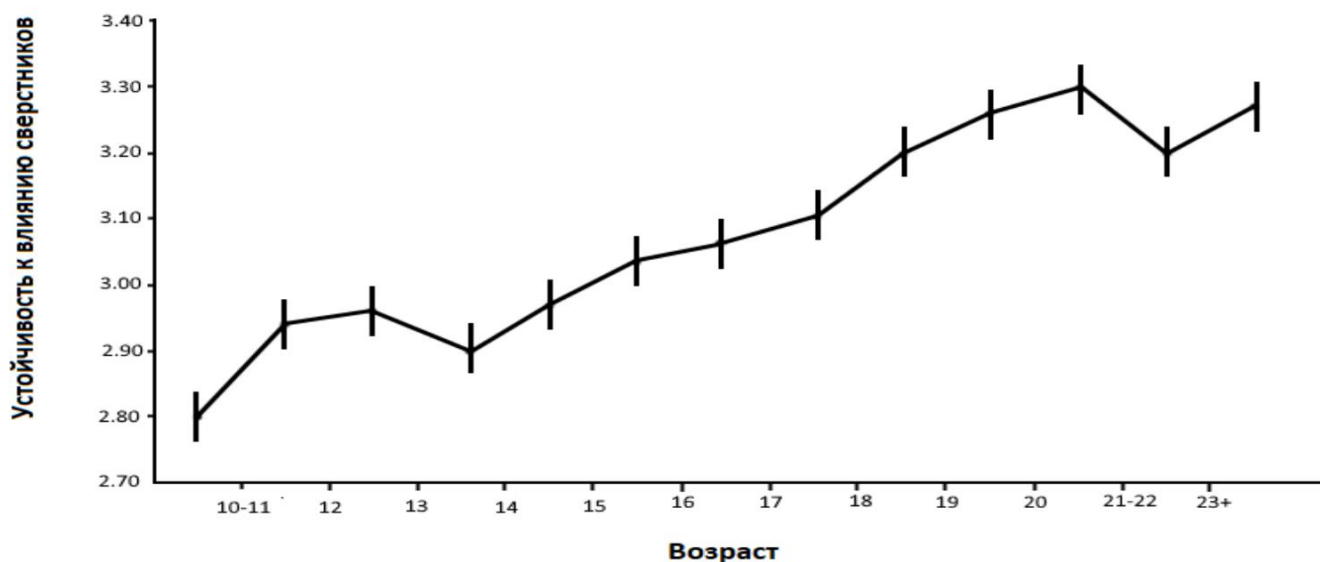


Рисунок 3. Возрастная разница и устойчивость к влиянию сверстников.

[Высокие баллы по шкале устойчивости к влиянию сверстников показывают выраженную устойчивость к влиянию сверстников) (Steinberg & Monahan, 2007)].

В подростковом возрасте социальное окружение может быть более враждебным, чем в детстве или во взрослом возрасте. Проблематичные отношения со сверстниками будут делать вклад в развитие подростковой психопатологии, в том числе социальной тревожности (e.g. De Los Reyes, 2004; Inderbitzen, Walters, & Bukowski, 1997; La Greca, Davila, & Siegel, 2008; LaGreca, 2005). Виктимизация сверстниками может принимать разные формы. Это может быть физическая агрессия или угрозы физической расправы, подросток может находиться в отношениях, которые причиняют вред и боль. К примеру, изоляция или исключение подростка, когда ему говорят «ты не мой лучший друг», не приглашают на вечеринку, исключают из группы WhatsApp или Facebook, не оставляют места за столом в школьном кафетерии. Виктимизация может быть репутационной, когда о подростке распространяют слухи. Одна девочка подросток подверглась репутационному онлайн буллингу. Сверстники обвиняли ее в постинге неприятных комментариев о других людях в соц. сетях. В проспективном лонгитюдном исследовании на 228 подростках было выявлено, что виктимизация сверстниками значительно связана с социальной тревожностью (Siegel, La Greca, & Harrison, 2009).

Наряду с относительно безрадостной картиной подросткового возраста как времени острой чувствительности к развитию социального тревожного расстройства, это может быть также периодом возможностей. Отделение от родителей и стремление строить отношения со сверстниками делает подростковый период временем для изучения отношений. Избегание при социальной тревожности имеет два последствия. Во-первых, социально тревожные подростки

упускают возможность учиться строить отношения. Во-вторых, психотерапия социального тревожного расстройства в подростковом возрасте является оптимальным временем для вмешательства именно из-за повышенной обучаемости и гибкости, свойственным подростковому периоду (Crone & Dahl, 2012).

2.3. Мишени терапии

Когнитивная модель социальной тревожности у подростков показывает ключевые факторы, которые поддерживают расстройство. Терапия направлена на изменение поддерживающих факторов. Подростки учатся:

1. Выявлять и изменять негативные когниции и допущения о себе и о мире.
2. Корректировать искаженный образ себя или производимого впечатления.
3. В социальных ситуациях переключать внимание с себя на внешние факторы, чтобы собрать новую информацию.
4. Отменять охранительное поведение, которое не дает подвергнуть сомнению свои негативные убеждения, усиливает тревогу и препятствует социальному взаимодействию.
5. Справляться с социально травматичными воспоминаниями.
6. Выявлять негативные эффекты до и после событийной обработки и останавливать эти процессы.
7. Выявлять и изменять родительские убеждения, которые непреднамеренно могут поддерживать проблему.
8. Выявлять и изменять неэффективные представления о сверстниках и реакций в отношении сверстников, формировать позитивный круг общения. Выявляется негативное отношение или издевательства со стороны сверстников, затем подростка поддерживают в развитии альтернативных социальных связей.

2.4. Обзор терапии

Терапия включает 14 еженедельных сессий длительностью 90 минут. После завершения терапии проводятся бустерные сессии через один, два, шесть месяцев. Основная тема первой сессии - установление отношений сотрудничества с подростком и родителями, нормализация трудностей, разработка концептуализации случая и постановка целей терапии. На последующих сессиях терапевт помогает подростку обнаружить и исследовать последствия

концентрации внимания на себе и охранительного поведения (с помощью поведенческих экспериментов) и реструктурировать искаженные представления о себе с использованием обратной видеосвязи. Регулярный тренинг внимания помогает подростку сместить фокус внимания с себя на окружающую действительность. На более поздних сессиях проводятся поведенческие эксперименты, как в клинике, так и за ее пределами, с целью протестировать специфические убеждения подростков. Другие компоненты терапии включают в себя использование опросов, упражнения на память, работу с предвосхищающим и ретроспективным разбором, работу с родительскими убеждениями и поведением, управление виктимизацией и буллингом, установление контактов со сверстниками в школе. Включение этих компонентов в лечение и сроки их реализации будут зависеть от прогресса подростка в терапии. На последней сессии терапевт и подросток резюмируют проделанную работу, обсуждают стратегии предотвращения рецидивов. Подросток получает материалы терапии в виде распечатанной брошюры. Бустерные сессии через один, два, шесть месяцев после окончания терапии проводятся с целью мониторинга прогресса и преодоления «откатов назад». Содержание программы терапии социального тревожного расстройства из 14 сессий описано в Таблице 5. Чек-листы сессий представлены в Приложении L. Рекомендуем использовать их вместе с изучением руководства.

Некоторые техники КБТ не используются в этой программе. Это повторные экспозиции с целью последующей габитуации; иерархия экспозиции; шкалирование тревоги в ситуациях, вызывающих страх; запись мыслей; копинговые карточки с рациональными ответами в социальных ситуациях и тренинг социальных навыков.

Опросники является необходимым аспектом терапии. Мы объясняем семьям важность заполнения опросников перед каждой сессией. Подросткам следует отвечать на небольшое количество вопросов перед каждой сессией и заполнить стандартные опросники на первой сессии, в середине и в конце терапии (Приложения А, Приложение В, Приложение С). Терапевтам следует ознакомиться с результатами опросников до терапии, чтобы обсудить их с подростком на сессии. Обычно мы высылаем опросники по почте перед первой сессией и просим выслать заполненные опросники, либо принести их на сессию. Далее терапевт дает подростку опросники для заполнения дома и просит приносить их на следующие занятия. Если опросники не заполнены, подростка просят заполнить их на ресепшене перед началом сессии. Терапевт обсуждает и устраняет с подростком препятствия, которые возникают перед или на этапе заполнения опросников. Это помогает выполнять задание. Родители заполняют опросники в начале, середине и в конце терапии.

Все сессии записываются на видео. Обычно сессии проводятся индивидуально с подростком, тем не менее родители играют ключевую роль в терапии. Терапевт информирует родителей о

прогрессе терапии и вовлекает их в процесс лечения, например, родители могут поддерживать подростка в выполнении домашних заданий. Мы обычно просим родителей присоединиться к сессии в последние 10 минут. Это позволяет родителям дать обратную связь по прошедшей неделе и послушать, как ребенок резюмирует ключевые пункты сессии. Домашнее задание, сложности, которые могут возникнуть в связи с ним, способы их преодоления также обсуждаются совместно с родителями. Если подросток приходит на сессии один, мы поддерживаем связь с родителями по телефону (с его согласия). Если терапевт выявляет дезадаптивные родительские убеждения или поведение, он приглашает родителей на дополнительные индивидуальные сессии, в случаях необходимости сессии проводятся совместно с ребенком.

Таблица 5. Обзор 14-сессионной Когнитивной терапии социального тревожного расстройства

Сессия	Компонент	Описание
1	Психологическое обследование	
	Детальное обследование	Выявить ситуации, вызывающие страх и избегание; мысли; симптомы тревоги; концентрацию внимания на себе; охранительное поведение; образы; предвосхищающий и ретроспективный разбор.
	Разработка концептуализации	Разработать персональную концептуализацию.
	Цели	Установить краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные цели терапии.
	Знакомство с опросниками	Объяснить ключевую роль регулярного заполнения опросников в терапии.
	Психобразование	Предоставить информацию о природе социального тревожного расстройства и его лечении.
2	Концентрация внимания на себе и поведенческие эксперименты с охранительным поведением	Поведенческие эксперименты, с помощью которых подросток обнаруживает негативные последствия концентрации внимания на себе и охранительного поведения.
3	Обратная фото и видео связь (представлены в сессии 3 и затем используются на сессиях 4-14)	Коррекция негативного образа себя и производимого впечатления. Сессия 3: видео экспериментов с охранительным поведением и концентрацией внимания на себе. Сессии 4-14: использование в поведенческих экспериментах на протяжении всей терапии.

4	Тренинг внимания	Систематический тренинг внешнего безоценочного внимания. Начинается с внешних несоциальных стимулов (звуки улицы, музыка, цвета) и продолжается социальными ситуациями.
2-14	Поведенческие эксперименты	Протестировать специфические убеждения. Во время экспериментов охранительное поведение отменяется, внимание концентрируется вовне с целью сбора новой информации.
6-14	Опросы	Исследовать мнение других людей по поводу последствий, вызывающих страх.
6-14	Работа с социально травмированными воспоминаниями	Рескриптинг воспоминаний травматичного социального опыта, который связан с актуальным восприятием себя.
6-14	Предвосхищающий и ретроспективный разбор	Выявить неэффективность процессов обработки, обучить пациента навыкам осознанного отвлечения.
3-14	Предотвращение рецидивов	Получить обратную связь о том, что было изучено и достигнуто в терапии, составить план о способах использования новых навыков, выявить и найти способы преодоления возможных сложностей.
При необходимости	Работа с родителями	Помочь родителям выявить дезадаптивные убеждения и поведение, которые поддерживают тревогу ребенка
На каждой сессии	Отношения со сверстниками, виктимизация, буллинг	Связаться со школой и семьей с целью противодействовать буллингу. Выявить альтернативную группу сверстников. Поведенческие эксперименты по снижению охранительного поведения. Работа с низкой самооценкой.
	Связь со школой	Предоставить информацию о социальной тревожности и когнитивной терапии социального тревожного расстройства, объяснить, как учителя могут помочь на разных стадиях терапии, выявить буллинг, пропуски занятий.
	Опросники	Порядок заполнения опросников смотреть в Приложении А.
	Домашнее задание	Сессия 1: дополнение модели. Сессии 2-14: тренинг внимания и поведенческие эксперименты

Терапевты должны проходить еженедельную супервизию с опытным когнитивным терапевтом. Супервизия включает следующие элементы: детальный еженедельный обзор опросников, регулярный обзор видеозаписей, строгое соблюдение когнитивной модели, планирование следующей сессии.

2.5. Примеры случаев

Использование различных процедур в терапии проиллюстрировано на примере двух следующих случаев.

Случай 1: Сиенна

Сиенна была 11-летней девочкой с двухлетней историей панических атак, вспышек гнева и социальной тревожности. Она получала консультации в течение года, но без особого эффекта. Большую часть времени она проводила дома, а посещаемость школы составляла 20%. При первоначальной оценке она говорила мало, давала односложные ответы и надеялась, что мать ответит врачу. В течение нескольких лет в начальной школе она подвергалась буллингу (издевательствам), которые продолжались и в средней школе. Основные страхи Сиенны заключались в том, что «Я буду говорить смешно», «Я скучная», «Я странная» и «Люди отвергнут меня». В социальных ситуациях она представляла образ себя как «потерянной, невежественной». Она могла отследить этот образ до того момента, когда она потеряла контроль над работой кишечника в классе в возрасте 7 лет, и ей было стыдно, и она чувствовала себя беспомощной. К охранительному поведению относились: всегда соглашаться с другими, позволять другим (особенно ее матери) говорить за нее, подвергать цензуре то, что она говорила, избегать зрительного контакта, меньше говорить, следовать за доминирующей группой сверстников и держаться на внешней границе группы. Сиенна избегала множества ситуаций из страха быть отвергнутой обществом. Иногда она просто избегала школы, но когда она посещала, она не поднимала руку в классе, избегала разговоров с учителями, прекращала писать, если думала, что за ней наблюдают, и избегала участия в групповых мероприятиях. Вне школы она избегала посещать клубы или группы, путешествовала только с матерью или старшей сестрой и старалась избегать семейных собраний. Ее оценка 88 по шкале социальной тревожности детей Либовица (LSAS-CA) в начале лечения указала на очень серьезную социальную тревогу. Опросник из 22 пунктов по социальным когнициям показал, что Сиенна испытывала высокий уровень негативных социальных когниций до начала лечения. Средняя оценка частоты составила 3,9 (где 0 означает, что «мысль не возникает вообще», а 5 - «мысль всегда возникает, когда тревожно»), а средний рейтинг убеждений составил 79,1 (0 означает «Я не верю этой мысли». и 100 - «Я полностью убежден, что эта мысль верна»). Сиенна одобрила использование многих правил охранительного поведения, и это нашло отражение в ее высоком среднем балле 1,9 (в диапазоне от 0 «никогда» до 3 «всегда») в анкете по охранительному поведению. Сиенна изо всех сил пыталась сконцентрироваться на обучении, о чем свидетельствует низкий балл в 25% по шкале

концентрации (от 0 «совсем не может концентрироваться» до 100 «полностью способна концентрироваться»). Краткосрочные цели терапии включали следующее: научиться говорить за себя, посещать семейные собрания и писать сообщения друзьям. Среднесрочные цели включали посещение школы по сокращенному расписанию, поднятие рук в классе, разговор с учителями и завершение работы в классе. Долгосрочные цели включали ежедневное посещение школы и путешествия в одиночку. Лечение проводилось 14 еженедельными 90-минутными сеансами.

Лечение началось с того, что терапевт и Сиенна рассмотрели случаи за последнее время, когда она чувствовала социальную тревогу, а затем она получила персонализированную версию модели. Хотя прогресс шел медленно, поскольку Сиенне было всего 11 лет с низким средним IQ, однако используя повторение, ясный язык и большую белую доску (которая также помогает уменьшить застенчивость), была сформулирована персонализированная версия модели Кларка и Уэллса, охватывающая недавно имевшие место ситуации, когда Сиенна испытывала социальную тревогу (см. рис. 4).

Для домашней работы Сиенну попросили записывать, когда она чувствовала социальную тревогу в течение недели, и чтобы добавить любые дополнительные сведения о мыслях, образах и охранительном поведении в свою персонализированную модель. Например, Сиенна заметила, что позволяла матери говорить за нее, и это она добавила это в раздел «Охранительное поведение»

Как только модель была разработана, на следующем сеансе Сиенна и ее терапевт запланировали поведенческий эксперимент, чтобы помочь ей обнаружить бесполезность сосредоточенного внимания и охранительного поведения. Она приняла участие в двух беседах с молодым сотрудником клиники, в первом из которых ей было предложено сосредоточиться на себе и использовать ее охранительное поведение, и второй, в котором ей сказали «потеряться в разговоре» и позволить обойтись без охранительного поведения. Эксперимент оказался озарением для Сиенны: она всегда предполагала, что отслеживание того, как она ведет себя с другими и использование охранительного поведения помогает ей избавиться от беспокойства и общаться с другими лучше. Однако эксперимент показал ей, что она меньше беспокоилась, когда она сосредоточилась на внешнем и отказалась от своих охранительных правил, а также то, что ее общение в этом случае оказалось лучше. Сиенну это очень воодушевило, но она указала терапевту,

что ее собеседник был очень вежлив и сильно отличался от ее сверстников!

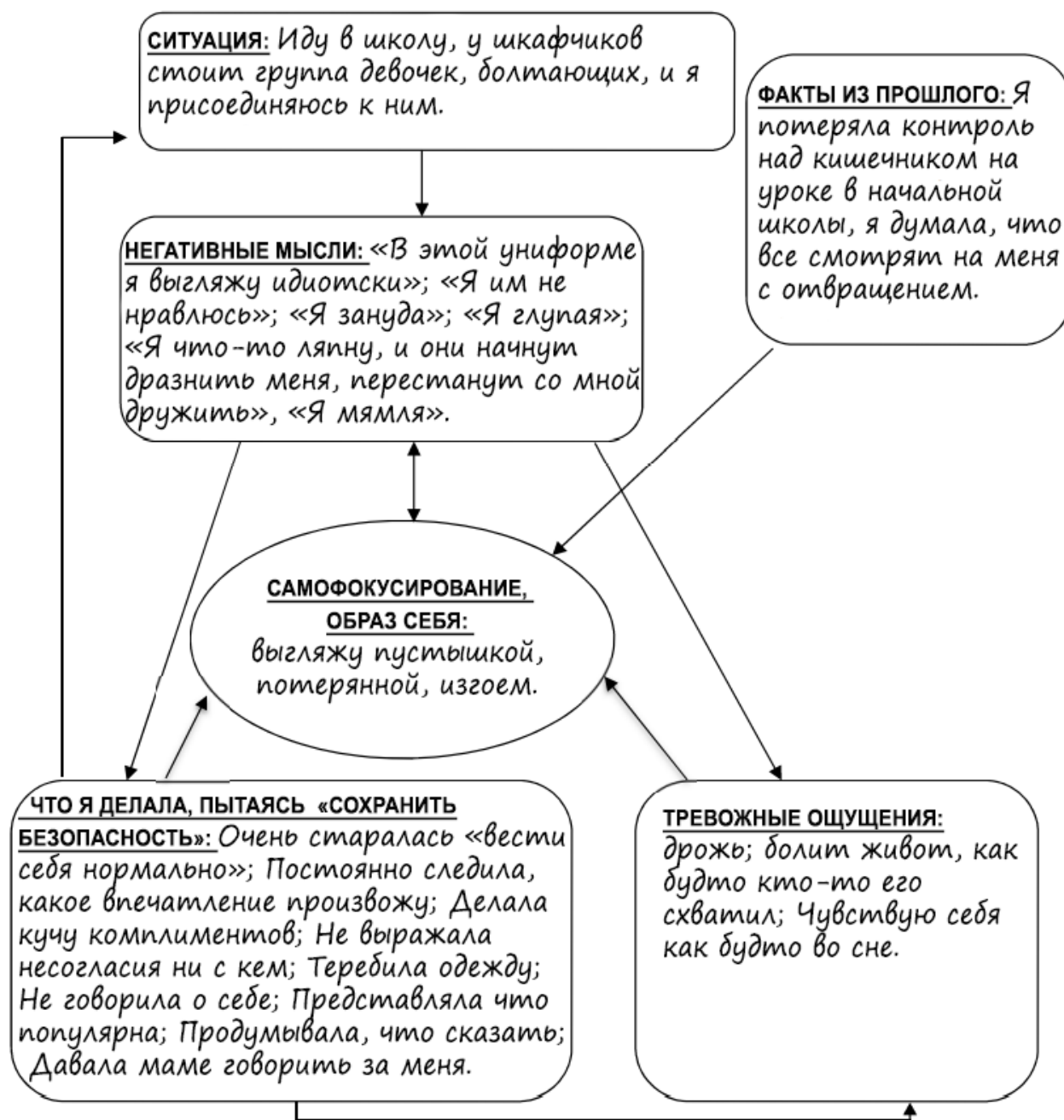


Рисунок 4. Пример персонализированной версии концептуализации 11-летней девочки.

Она и ее терапевт согласились, что она попытается повторить упражнение в неформальной обстановке с ее двоюродным братом в течение недели в качестве домашнего задания. Терапевт позаботился о том, чтобы Сиенна нашла сверстника, который бы дал ей позитивную обратную связь. Сиенне не позволили пытаться это делать в школе с унижающими сверстниками.

Следующее занятие было сосредоточено на том, чтобы помочь Сиенне обнаружить, что ее восприятие того, как она выглядит перед другими, было чрезмерно негативным и

нереалистичным, даже когда она не концентрировала внимание на себе самой и не использовала охранительное поведение. Для этого Сиенна и терапевт просмотрели видеозаписи ее разговоров с предыдущего сеанса. Сначала были идентифицированы ее пугающие предсказания (feared predictions) (т.е. то, что она думала, как она выглядит при общении с другими людьми) и представления о себе самой.

Затем терапевт посоветовал ей посмотреть видео непредвзято, как будто наблюдая за незнакомцем, и сравнить увиденное со своими предсказаниями.

Сиенна улыбалась, когда смотрела видео. Она описала удивление, что человек на видео была именно она, и поскольку она не была похожа на ту «чудачку», которую ожидала увидеть, и ей уже казалось, что она не может говорить или участвовать в разговоре. Убеждение, что она выглядела «скучным, странным изгоем» снизилось с 100% до 30%. Хотя видео явно помогло Сиенне увидеть, что ее восприятие того, как она выглядит в глазах окружающих, является чрезмерно негативным, терапевт была слегка удивлена, что оно (это убеждение) все еще было на уровне 30%, поскольку она была в кабинете во время разговора и наблюдала очень положительное взаимодействие с весьма небольшой разницей между Сиеной и «помощником».

Поэтому терапевт стала выяснять, почему снижение оказалось неполным, и Сиенна указала на два момента. Во-первых, она сказала, что заметила, что выглядела очень беспокойной и совершала много движений во время взаимодействия. Она была обеспокоена тем, что так она выглядела странно. Терапевт предложил еще раз пересмотреть беседу, чтобы проверить эти опасения, глядя как на Сиенну, так и на ее собеседника. Делая паузы при просмотре и сосредотачивая внимание на конкретных моментах во время разговора, Сиенна и ее терапевт смогли определить, что хотя Сиенна действительно часто двигалась, например, жестикулируя руками, ерзая на сиденье и переставляя ноги, ее собеседник, как показалось, двигался даже больше, чем она. Однако Сиенна даже не заметила движений собеседника и просто посчитала его очень приятным человеком. Во-вторых, Сиенна отметила, что во время первого разговора она время от времени избегала зрительного контакта и говорила немного тихо, и это признаки того, что она – зануда.

Обсуждая и сравнивая эти два разговора, терапевт помог Сиенне убедиться, что нет никаких признаков того, что собеседник считает ее скучной, и что ее ограниченный зрительный контакт не означает такой личной характеристики, как «скучный человек», но это было просто следствием того, что она была поглощена своим охранительным поведением. Последнее, конечно, было особенно важным открытием, поскольку она могла отказаться от собственного охранительного поведения во время будущих бесед.

Эти два занятия помогли Сиенне увидеть, что стратегии, которые она использовала для того, чтобы справиться с социальной тревогой, непроизвольно усугубили ситуацию, а ее самооценка оказалась чрезмерно негативной. Так что оставшая часть терапии включала поиск более точного образа того, как она воспринимается окружающими, и дополнительных данных о том, как она бы воспринималась другими, если бы не пряталась и не прикрывалась. По сути, это связано с большим количеством поведенческих экспериментов с целью выяснить: что бы произошло, если бы она была «просто собой». Конечно, чтобы эксперименты были эффективными, Сиенне нужно было наблюдать за реакцией других, чтобы понимать, как она воспринимается окружающими. Поэтому прелюдией к экспериментам была тренировка, помогающая ей стать более сосредоточенной на внешнем. Последовала сессия, включающая систематическое обучение вниманию, направленному вовне, для которого Сиенна принесла свою музыку и материалы для чтения, чтобы выполнять обучающие упражнения. В качестве домашнего задания Сиенна практиковала тренировку внимания и, кроме того, она и ее терапевт запланировали для нее поведенческий эксперимент.

Сиенна часто чувствовала себя неловко и волновалась, что люди очень пристально смотрят на нее. Она описала, как ехала в загруженных автобусах, глядя в пол, чувствуя, как будто она была в центре внимания. В качестве эксперимента Сиенна согласилась поехать на автобусе, чтобы при обнаружении этого чувства вместо того, чтобы смотреть в пол, начать рассматривать всех вокруг себя «как ястреб», чтобы понять, было ли точным ее чувство о том, за ней наблюдают,

Сиенна вернулась на следующей неделе в восторге от того, что она обнаружила. Она рассказала терапевту, что ей удалось не только выяснить для себя, что большинство людей смотрели совсем в другую сторону, но и увидеть, что одна женщина, которая смотрела на нее, сидела со своим ребенком и улыбалась Сиенне.

Теперь Сиенне была показана возможность изменить свои негативные образы и предсказания, наблюдая за реакцией других. Особенно мощным поведенческим экспериментом для Сиенны стало наблюдение за терапевтом, намеренно бормочущим продавцу газет, и последующим поддерживающим и дружелюбным ответом продавца. Затем она сама повторила эксперимент.

Убеждение Сиенны в том, что люди будут смеяться над ней и думать, что она странная, уменьшилось от 100% до 40% после первого эксперимента и до 5% после второго эксперимента. Сиенна провела поведенческий эксперимент, чтобы проверить ее угрожающее предсказание, что «если я не согласна с кем-то, то я им не буду нравиться», высказав свое мнение о популярной песне в группе друзей. К своему удивлению, она обнаружила, что люди интересуются ее мнением о

песне, и при этом с ее мнением согласилась другая девушка. Ее оценка убеждения о том, что «если я не согласна с кем-то, то я им не буду нравиться» уменьшилась с 90% до 0%.

Мать Сиенны также была приглашена на сеанс, и она согласилась, что не будет вмешиваться и говорить от имени Сиенны. Это означало, что Сиенна смогла проверить на себе свое убеждение о том, что «Мои слова покажутся смешными» или «Я скажу что-то не то». Терапевт помог Сиенне и ее матери спланировать эксперимент и определить, что каждый из них будет делать по-разному в плане того, чтобы отказаться от своего охранительного поведения и направить свое внимание вовне. Эксперимент оказался очень показательным как для Сиенны, так и для ее матери. Сиенна обнаружила, что ее опасения не сбылись, и оценка убеждения значительно снизилась (ее уверенность в том, что «Мои слова покажутся смешными», снизилась с 90% до 5%, а ее убеждение о том, что ««Я скажу что-то не то», снизилась со 100% до 10%). Мать Сиенны была удивлена, обнаружив, насколько она привыкла делать все за Сиенну, хотя на самом деле Сиенна могла прекрасно справляться самостоятельно. Более подробно это обсуждалось на индивидуальной встрече с матерью Сиенны, которая описана ниже.

Терапевт помог Сиенне присоединиться к молодежной театрально-танцевальной группе, в которой она смогла провести большинство своих поведенческих экспериментов. Это обеспечило наличие позитивной группы сверстников, в которой она смогла бы преодолеть свои страхи (в отличие от сверстников-виктимизаторов в школе Сиенны), например, Сиенна пробовала участвовать в групповых мероприятиях и обнаружила, что она может говорить, быть понятой и быть принятой другими. Аналогично Сиенна проверила ее страх быть высмеянной и отвергнутой, попросив у другого члена группы номер телефона. Когда она проводила эти эксперименты, она убедилась, что отказалась от своего охранительного поведения (она следила за тем, чтобы не избегать зрительного контакта, говорить тихо или планировать, что она собиралась сказать) и внимательно наблюдала за реакцией сверстников, чтобы собрать новые данные.

Показатели Сиенны по LSAS-CA сокращались от сеанса к сеансу. Терапевт просматривал анкету перед каждой сессией. Улучшение оценки по отдельным показателям обсуждалось с Сиенной, связывалось с запланированными или спонтанно состоявшимися поведенческими экспериментами, которые она проводила. Например, Сиенна спонтанно пыталась поднять руку в классе и ответить на вопрос. Она обнаружила, что никто не смеялся над ней и учитель похвалил ее. Ее оценка уровня страха и избегания по показателю LSAS-CA «Отвечать на вопросы в классе» сократилось с 3 и 3 до 1 и 0 соответственно. Были определены показатели, которые оставались высокими (например, «задавать вопросы в классе»), и лежащие в их основе убеждения, которые затем стали мишенью для дальнейших поведенческих экспериментов.

Параллельно терапевт работал в тесном сотрудничестве со школой и семьей Сиенны, чтобы решить текущие проблемы, связанные с виктимизацией со стороны сверстников и буллингом, и вернуть Сиенну в школу. Сиенна все больше отдалялась от негативной группы сверстников («Я могу выбирать друзей, основываясь на том, что это люди, с которыми я хочу быть, а не те, от которых мне нужно дожидаться слова «ОК») и начала развивать новые отношения в школьной среде. Ее классный руководитель занималась этим вопросом, чтобы помочь Сиенне завязать хорошие дружеские отношения.

Ближе к концу терапии терапевт встретился с матерью Сиенны, чтобы помочь определить ее собственные тревожные мысли и поведение. Ее мать заметила, что она часто говорила от имени Сиенны, и не поощряла ее пробовать что-то новое, опасаясь, что с Сиенной будут плохо обращаться или отвергнут ее. Мать Сиенны считала, что «Сиенна уязвима и не может справиться со своими сверстниками». Сначала терапевт обсудил и обосновал причины таких убеждений матери Сиенны, учитывая хронические издевательства, которые она пережила. Затем терапевт посоветовал ей взглянуть на последствия родительского поведения, например такого, как говорить от имени Сиенны или запрещать ей посещать социальные сети. Были выявлены непредвиденные последствия этого, например, препятствие Сиенне научиться говорить за себя или научиться управлять отношениями в сети. Терапевт и мать Сиенны согласовали серию экспериментов, чтобы проверить ее убеждение в том, что «Сиенна уязвима и не может справиться со своими сверстниками». К ним относятся разрешение Сиенне говорить за себя (как упомянуто выше) и разрешить Сиенне использовать социальные сети. Первоначальные убеждения матери Сиенны снились с 70% до 10%, и она пришла к выводу, что «Сиенна способна справиться и завязать дружеские отношения, и чем больше она это делает, тем увереннее становится». Оценочные показатели Сиенны по LSAS-CA еще больше снизились, поскольку она могла проводить поведенческие эксперименты в ситуациях, столкновения с которыми с точки зрения матери были нежелательны.

В конце лечения Сиенна казалась другим человеком. Она пригласила своего терапевта, чтобы посмотреть на рождественское представление ее танцевальной группы, которое проходило на оживленной городской площади. Она ходила в школу каждый день и снова общалась в социальных сетях со своими друзьями. Ее мать сказала, что вспышки гнева прекратились, и Сиенна стала счастливой самой собой. Сиенна достигла всех целей, которые были поставлены перед началом лечения. Благодаря этому, показатели Сиенны по опросникам самооценки значительно улучшились.

Ее оценка по LSAS-CA составила 5. Средняя частота встречаемости и рейтинг убеждений в Опроснике по когнитивным способностям составил 1 (диапазон: 1–5) и 2 (диапазон: 0–100) соответственно.

Сиенна больше не использовала охранительное поведение в социальных ситуациях, о чем свидетельствует значительно снизившийся средний балл - 0,3 по SBQ. Точно так же значительно улучшилась способность Сиенны быть сосредоточенной на уроках, и теперь она оценила это в 95%.

Случай 2: Мэтт

Мэтт был 16-летним юношей с четырехлетней историей социальной тревожности, депрессии и обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Он прошел КПТ с Экспозицией и Предотвращением реакции (Exposure and Response Prevention) для ОКР, которая оказалась полезной для уменьшения симптомов ОКР, и он начал принимать флуоксетин 40 мг один раз в день от депрессии. К сожалению, он был все еще серьезно инвалидизирован из-за социального тревожного расстройства, поэтому его направили к нам для оценки и лечения. При диагностике он говорил медленно и плакал, часто скрывая свое лицо рукой и глядя в сторону. Его родители поощряли его выступать при каждой возможности. Основные опасения Мэтта заключались в том, что «Я скучный», «Я не смогу говорить» и «Я покраснею». В социальных ситуациях он представлял себя «похожим на помидор, тупым и ярко-красным» и боялся, что люди будут смеяться над ним. Он мог проследить этот образ до момента, когда ему было в возрасте около 12 лет на семейной вечеринке, друг семьи указал на него и сказал: "Посмотри, как мило, ты стал ярко-красным!" перед девочками и мальчиками его возраста, которые тогда рассмеялись. Он чувствовал себя униженным этим. Охранительное поведение включало в себя следующее: избегать разговоров, избегать зрительного контакта, оставаться на границе группы, планировать темы и разговор заранее, подвергая цензуре то, что он говорит, а также закрывать лицо руками. Он заранее беспокоился о социальных ситуациях, например, о том, будет ли он что-то говорить, думая о том, что подумают другие о нем и вспоминая предыдущий негативный социальный опыт. Он также вспоминал прошлый негативный опыт в социальных ситуациях. Он думал о тех вещах, которые, как ему казалось, он сделал неправильно, особо концентрируясь на чувстве стыда и смущения, которые он испытывал в этой ситуации, и представлял себя красным и глупым. Такие размышления до и после социальных ситуаций часто вызывали чувство стыда и печали. Мэтт избегал обширный ряд ситуаций из-за страха социального неприятия. Он не звонил и не писал друзьям. Он избегал использования социальных сетей. Он не договаривался о встрече с друзьями.

Он чувствовал себя неспособным завязать романтические отношения, несмотря на то, что его привлекала одна из его подруг.

Как и все молодые люди, начинающие терапию СТ-СТР-II, Мэтт заполнил ряд анкет до начала лечения (которые повторялись на протяжении всего курса лечения). Его 79 баллов по LSAS-CA указали на серьезную социальную тревогу. Он показал повышенный уровень негативных социальных когниций в анкете социальных когниций. Средняя частота встречаемости составила 3,7 (от 1, никогда до 5 всегда), а средний рейтинг убежденности составил 52,6. Повысился уровень использования охранительного поведения, средний балл по SBQ составил 1,4. Мэтт по-прежнему получал очень высокие оценки в школе, но сообщал, что ему трудно учиться в классе. Это отразилось в его 31 балле по шкале концентрации (от 0 «не может сконцентрироваться совсем» до 100 «полностью может сконцентрироваться»).

Краткосрочные цели Мэтта заключались в том, чтобы отправлять текстовые сообщения друзьям, участвовать в текстовых беседах, инициировать беседы со сверстниками в школе и использовать социальные сети. Среднесрочные цели включали звонки друзьям, переговоры с друзьями и посещение вечеринок. В долгосрочные цели входили организовать вечеринку и завязать романтические отношения. Лечение проводилось 14 еженедельными 90-минутными сеансами.



Рисунок 5. Пример индивидуальной концептуализации 16-летнего юноши

Терапия началась с техник, ориентированных на настоящее, как описано в случае 1. Первый шаг включал разработку персонализированной версии модели Кларка и Уэлса, охватывающей недавнюю ситуацию, когда Мэтт чувствовал социальную тревогу (см. Рисунок 5). Это дало основу для проведения поведенческого эксперимента по охранительному поведению и по вниманию, сконцентрированному на себе, на Сессии 2. Он обнаружил, что попытки обдумать темы до разговора и тщательное контролирование того, что он говорил, по-видимому, имели эффект, противоположный запланированному. Он заметил, что чувствовал большую тревогу и думал, что хуже справляется, когда использует охранительное поведение и сосредотачивается на себе.

На следующей неделе он и его терапевт просмотрели видеозаписи разговоров. Мэтт обнаружил, что он совсем не выглядел скучным, и он и его собеседник казались оживленными и заинтересованными. Он также предсказывал, что «покраснеет, как помидор». Терапевт принес на сеанс таблицу цветов краски, и Мэтт выбрал цвет, который, как он думал, он увидит на своем лице в видео. Мэтт смог оценить резкую разницу между ярко-красным цветом, который, как он представлял, проявится у него на лице, и нормальный розоватый цвет кожи, который он в реальности увидел на видео. Мэтт и его терапевт тоже просмотрели письменный отзыв «помощника» (собеседника). То, что он прочел, далее подтвердило то, что он видел на видео. Помощника спросили об общем впечатлении о Мэтте, заметил ли он, что он вообще покраснел, и что он бы сделал в отношении его покраснения, если бы он это заметил. Мэтт ожидал, что он найдет его скучным и нервным собеседником, и он был уверен, что собеседник заметил, что Мэтт почти не говорил и покраснел ярко-красным цветом. Однако помощник прокомментировал дружелюбие со стороны Мэтта и отметил, что состоявшийся разговор был интересным. Он не заметил вообще никакого покраснения. Мэтту было особенно интересно прочитать это, хотя помощник отметил, что он временами молчал, и он интерпретировал это как знак того, что Мэтт был хорошим слушателем и искренне заинтересован в собеседнике.

Из этого эксперимента он смог узнать ряд ключевых моментов. Во-первых, его охранительное поведение непреднамеренно привело к обратным результатам. Во-вторых, его образы и впечатления были чрезмерно негативными и неточными. В-третьих, тревожные чувства – ненадежный индикатор того, как люди реагируют на него. После этих первых три занятия оценка Мэтта по LSAS-CA снизилась до 49.

Мэтт очень хотел узнать, как на самом деле другие люди реагируют на него, учитывая, что его чувства и самооценки казались неточными. Таким образом, была подготовлена почва для поведенческих экспериментов. Готовясь к этому и чтобы убедиться, что он сможет полностью дальше продвигаться и оценить, как другие реагируют на него, он прошел обучающую сессию по режиму внешнего внимания (*external attention mode*), который он продолжал практиковать дома.

Мэтт с терапевтом договорились, что поведенческие эксперименты будут нацелены на две значимые мысли, которые Мэтт оценил наиболее высоко по опроснику социальных когниций (SCQ). Мэтт указал в опроснике, что при тревоге у него всегда есть мысли «я покраснею» и «люди подумают, что я скучный» и доверие им было на 100%. Таким образом, был спланирован и проведен ряд поведенческих экспериментов, чтобы проверить эти когниции.

Были спланированы поведенческие эксперименты нацеленные на страх показаться скучным. Вначале они были направлены на то, чтобы уменьшить его веру в то, что люди видят его скучным. Он пробовал присоединиться к разговорам и «плыть в потоке», сознательно отпуская попытки подготовиться, мониторить, цензурировать и наблюдать реакции других. По мере успеха с этими экспериментами он согласился попробовать делать нечто, что могло бы, по его мнению, выглядеть «скучным» и исследовать последствия. Он ожидал, что люди перестанут разговаривать и беседа сразу закончится. Однако он был приятно удивлен, что его «скучная» тема заинтересовала друзей и запустила новое обсуждение! Пересматривая свои ответы по шкале Либовица (LSAS-CA) и список целей, Мэтт с терапевтом спланировали дальнейшие эксперименты, чтобы проверить свое убеждение, например, он заговорил в более многочисленной группе людей, вовлекался в разговоры со знакомыми, а не только с близкими друзьями, пробовал разговаривать с девушками на вечеринках. И его убеждение, что люди думают, что он скучный уменьшилось с 100% до 5%.

Были разработаны поведенческие эксперименты, чтобы бороться со страхом Мэтта покраснеть. Для начала он договорился с друзьями посетить ресторан быстрого питания (в котором было яркое флуоресцентное освещение, которого Мэтт обычно старался избегать). Там он старался держать руки подальше от лица и не пить много холодных напитков (чтобы не пытаться сохранять прохладу). Он сосредоточился на разговоре, а не на себе, и внимательно наблюдал за реакцией других. Он ожидал, что его друзья уставятся на него, начнут толкать друг друга локтями и смеяться. К своему удивлению, он обнаружил, что никто, похоже, вообще не обращал на него особого внимания, и разговоры, казалось, продолжались как обычно. При обзоре эксперимента со своим терапевтом Мэтт сказал, что он был вполне уверен, что покраснеет, и вначале чувствовал сильное беспокойство. Когда они подробно разбирали события, выяснилось, что, когда Мэтт впервые вошел в ресторан, он подумал: «свет очень яркий, поэтому я действительно буду как блестящий красный помидор, если покраснею». Он чувствовал беспокойство и увидел образ, связанный с воспоминанием о том, как на него показывали и смеялись в возрасте 12 лет. Психотерапевт Мэтта использовал видео-обратную связь, чтобы воздействовать на искаженный образ Мэтта себя как «красного помидора». Например, во время сеанса она делала паузу в моменты, когда он чувствовал беспокойство и думал, что выглядел очень красным. Затем они воспроизводили соответствующие моменты на видео, противопоставляя то,

что он видел на экране, образу Мэтта в его воображении. Вера Мэтта в то, что он покраснел, уменьшилась со 100% до 40%.

Несмотря на значительный прогресс, достигнутый Мэттом в использовании техник, ориентированных на настоящее (видео-обратная связь, тренировка внимания и поведенческие эксперименты), все еще оставались две нерешенные проблемы, которые необходимо было решить. Первым было тревожное социально-травмирующее воспоминание, а вторым – склонность к предвосхищению и ретроспективному разбору событий.

Работа над социально-травматическим воспоминанием была проведена, поскольку Мэтт продолжал переживать искаженный негативный образ себя как «помидора, тупого и ярко-красного» в социальных ситуациях, который был явно привязан к воспоминаниям о конкретном социально травмирующем событии еще в возрасте 12 лет. Таким образом, лечение было направлено на социально травмирующие воспоминания и связанные с ними убеждения и образы. Используя техники различения стимулов (один из методов работы с социально травмирующими воспоминаниями), Мэтт старался выяснить, соответствуют ли его чувства тому, что происходит в настоящем, или на самом деле они связаны с воспоминаниями из прошлого. Между воспоминаниями («Тогда») и настоящим моментом («Сейчас») были явные различия. С терапевтом он определил три ключевых отличия. Во-первых, ему было 12 лет на момент воспоминания, он только пошел в среднюю школу и еще был ростом менее 5 футов. На момент терапии ему было 16 лет, он получал школьный аттестат и был ростом уже 6 футов. Во-вторых, люди были разными, они выглядели по-разному и на самом деле были разными людьми. В-третьих, в его памяти люди смеялись над ним, а теперь друзья были к нему добры и не унижали. Мэтту было предложено распознавать моменты, когда у него были те же чувства, которые он испытывал в воспоминаниях, и видеть в этом прекрасную возможность направить свое внимание вовне, чтобы наблюдать, как люди реагируют на него на самом деле в настоящем. Для этого Мэтт искал моменты, когда он чувствовал то же самое, что и в прошлом. В эти моменты он напоминал себе: «это не та ситуация, я стал старше и выше», и замечал, что люди были другими, и что никто не смеялся над ним и на самом деле люди относились к нему хорошо. Проведение различия между «тогда» и «сейчас» позволило Мэтту увидеть, что его убеждение в том, что над ним будут смеяться, больше не соответствует действительности, и позволило пересмотреть негативное представление о себе и, в результате, его чувство тревоги дополнительно уменьшилось. После работы над социально травматической памятью были запланированы дальнейшие поведенческие эксперименты, направленные на декатастрофизацию, в которых Мэтт красил лицо красным румянцем и выходил гулять в центр города, а реакции людей наблюдались и записывались терапевтом. Его вера в то, что он покраснеет и люди будут смеяться, снизилась до 0%.

Мэтт тратил много времени на то, чтобы заранее беспокоиться о социальных ситуациях, а потом мысленно перебирать их. В результате он испытывал чувство стыда, тревоги и безнадежности. Эти мысли часто не давали ему уснуть по ночам. Терапевт помог Мэтту выявить эти процессы беспокойства и ретроспективного разбора. Терапевт и Мэтт обозначили преимущества и недостатки этих процессов. Было относительно немного преимуществ, которые Мэтт и его терапевт смогли определить. Мэтт подумал, что, рассуждение о том, что могло произойти, помогало ему подготовиться на случай, если что-то пойдет не так, а анализ того, что было не так в социальной ситуации, помогал предотвратить это в будущем. При этом Мэтт и его терапевт смогли выявить множество недостатков. Они заметили, что такое мышление имеет тенденцию увеличивать беспокойство, поскольку, если что-то в прошлом приводило к неудачам, то вероятно, что в будущем в той же ситуации что-то пойдет не так. Это усиливало тенденцию к концентрации на себе, что, как уже знал Мэтт, имело неблагоприятные последствия. Это делало беспокойство похожим на катастрофу. Иногда после пары недель предварительных волнений Мэтт вообще избегал ситуации, потому что был уверен, что все пойдет не так. Заикливание на социальных ситуациях и их воспроизведение часто приводило к тому, что Мэтт чувствовал себя очень подавленным и не мог спать по ночам.

В результате Мэтт пришел к выводу, что это, вероятно, бесполезно. Однако Мэтт не хотел полностью отказываться от такого мышления, поскольку он все еще думал, что оно может послужить и на пользу. Мэтт вместе со своим терапевтом взвесил преимущества и недостатки такого мышления. После того, как Мэтт перечислил многие бесполезные эффекты беспокойства и размышлений, он согласился попытаться с ними справиться. Он записал все недостатки в свой телефон, и вместе с терапевтом сделал копинг-карточку. Мэтт планировал время от времени проверять недостатки, когда обнаруживал, что так думает. Он и его терапевт договорились, что следующим шагом будет превратить беспокойство и руминацию в поведенческие эксперименты, которые нужно будет проверить. Мэтт собирался сделать это, замечая беспокоящий страх или руминации, и воспринимая их содержание как предсказания, которые нужно проверить на практике. Затем он и его терапевт составили список отвлекающих действий, которыми он мог занимать себя, пока не получит возможность провести эксперимент. Когда на следующей неделе терапевт расспрашивал, как прошел эксперимент, Мэтт выглядел довольно смущенным. Он объяснил, что в первый же день он обнаружил, что простое замечание беспокойства и руминации и напоминание себе о том, насколько это бесполезно, дало такое облегчение от негативных эмоций, что он не выполнил другую часть плана!

В конце терапии Мэтт избавился от социального тревожного расстройства, а также исчезли остаточные симптомы депрессии. Он стал активным участником своей социальной сети,

налаживая контакты с друзьями и договариваясь с ними. У него начались первые романтические отношения. Он запланировал вечеринку, которая должна была состояться сразу после окончания терапии. Его оценка по LSAS-CA снизилась до 2. Что касается опросника социальных когниций, средняя оценка частоты мыслей снизилась с 3,7 до 0,1, а средний рейтинг веры снизился с 52% до 1%. Мэтт больше не использовал охранительное поведение, что отражено в 0 баллах SBQ. Мэтт считал, что обучение в школе стало намного более управляемым, а его способность концентрироваться на уроке увеличилась с 31% до 95%.

2.6. Доказательная база для КТ-СТР (когнитивной терапии социального тревожного расстройства)

Взрослые

Восемь рандомизированных контролируемых испытаний изучали эффективность индивидуальной когнитивной терапии у взрослых с социальным тревожным расстройством. В целом эти испытания показывают, что КТ-СТР является высокоэффективным лечением, которое превосходит вмешательства, взятые для контроля неспецифических терапевтических факторов (убедительность, внимание терапевта, домашнее задание и т. д.), и выгодно отличается от широкого спектра альтернативных психологических и фармакологических вмешательств. Психологические вмешательства, которые индивидуальная КТ-СТР превосходит, включают: групповую СВТ (Mörtberg et al., 2007; Stangier et al., 2003), экспозиционную терапию (Clark et al., 2006), межличностную психотерапию (Stangier et al., 2011) и психодинамическую психотерапию (Leichsenring et al., 2013). Также КТ-СТР превосходит фармакологические вмешательства, включая флуоксетин (Clark et al., 2003), который является одним из наиболее широко назначаемых селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Также было показано, что КТ-СТР превосходит гибкий режим приема лекарств, при котором психиатрам разрешалось выбирать лекарство (в основном антидепрессанты), которое они считали наиболее подходящим для конкретного пациента (Mortberg et al, 2007), и превосходит прием плацебо (Clark и др., 2003). На рисунке ниже показаны величины улучшения при терапии социальной тревожности, достигнутые с помощью различных версий КТ-СТР, предоставленных командой когнитивной терапии Оксфорд-Лондон, по сравнению с результатами, полученными с помощью альтернативных методов лечения в РКИ.

Среднее изменение по шкале социальной тревожности и стандартная ошибка (Шкала социальной тревожности Либовица, LSAS) для листа ожидания, плацебо, межличностной терапии (МЛТ), флуоксетина, психодинамической терапии (ПДТ), экспозиционной терапии (ЭТ), стандартной КТ-СТР (КТ), самостоятельного обучения КТ-СТР (соКТ), онлайн КТ-СТР (олКТ).

Стандартный и краткий варианты КТ-СТР не отличаются по эффективности и превосходят варианты лечения, представленные для сравнения.

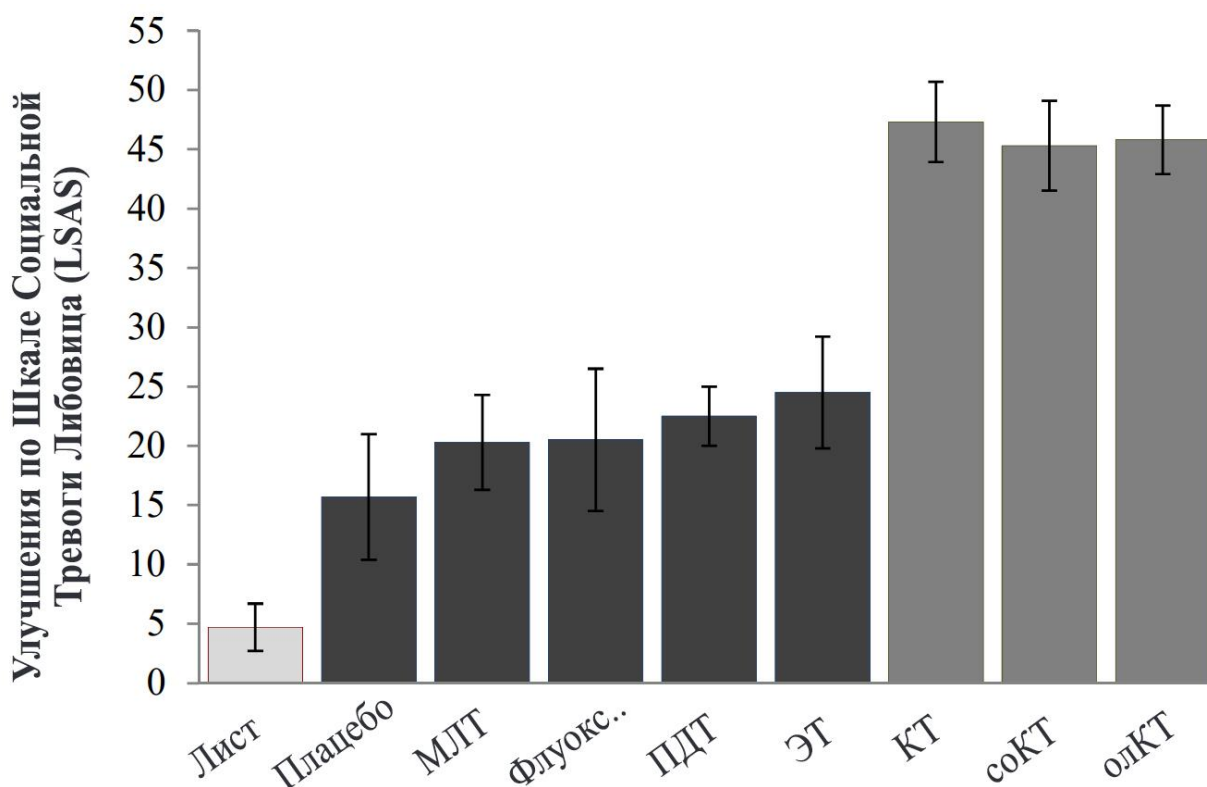


Рисунок 6. Эффективность стандартных и кратких версий КТ-СТР по сравнению с другими вариантами лечения в исследованиях, проведенных Кларком, Элерсом и другими.

В недавно опубликованном метаанализе (Mayo-Wilson, 2014) были проанализированы данные 101 РКИ, в которых был протестирован ряд психологических и фармакологических методов лечения, и составлена таблица, в которой сравнивалась величина эффекта каждого вида лечения по сравнению с отсутствием лечения. КТ-СТР оказался наиболее эффективным методом. Был сделан вывод, что помимо того, что эта терапия превосходит альтернативные методы лечения, с которыми она сравнивалась непосредственно (см. выше), КТ-СТР, вероятно, также превосходит несколько методов лечения, с которыми он напрямую не сравнивался. К ним относятся: майндфулнесс, обучение социальным навыкам, лечебная физкультура, самопомощь под руководством и самопомощь без руководства. Все эти методы лечения были связаны с существенно меньшими эффектами, чем КТ-СТР.

Хотя четыре рандомизированных контролируемых исследования, оценивающих КТ-СТР, были проведены командой Оксфорд-Лондон, которая и разработала лечение, есть впечатляющие доказательства того, что эта терапия также превосходила другие методы, когда она проводилась независимыми группами, работающими в других странах. Исследование Mortberg et al (2007)

проводилось группой из Швеции. Испытания Stangier et al (2003, 2011) и Leichsenring et al (2013) проводились группами в Германии.

Хотя испытания КТ-СТР на удивление последовательно демонстрируют, что КТ-СТР превосходит альтернативные психологические методы лечения, абсолютная величина клинического улучшения, наблюдаемого при КТ-СТР, варьирует в пределах отдельного испытания и между испытаниями. Определены некоторые источники этой изменчивости. Гинсберг и др. (2013) показали, что существует сильная корреляция между компетенцией специалиста проводящего КТ-СТР и достигнутыми результатами. Команды Кларка и Станжера также сравнили информацию о различиях в способах реализации КТ-СТР в испытаниях в Великобритании и Германии. Поведенческие эксперименты, которые считаются решающими для эффективной реализации КТ-СТР, использовались значительно реже в немецких исследованиях, которые показали меньшую величину эффекта. Еще одно ключевое отличие заключалось в том, что сеансы терапии длились девяносто минут в исследованиях в Великобритании, а в Германии - всего шестьдесят минут. Похоже, что это тоже важная переменная. В стандартном протоколе рекомендуется, чтобы сеансы длились девяносто минут, чтобы у терапевтов было достаточно времени для постановки, проведения и обсуждения в рамках сеанса поведенческих экспериментов, проводимых как в кабинете, так и за его пределами.

Сохраняется ли эффект КТ-СТР после окончания терапии? Несколько исследований включали наблюдение за пациентами в течение одного или нескольких лет, при этом самый длительный период наблюдения составлял 5 лет (Mortberg et al. 2013). Улучшения, наблюдаемые в терапии, сохранялись.

Наконец, в двух рандомизированных контролируемых испытаниях (Clark et al., 2015, 2016) оценивались варианты КТ-СТР, в которых существенное количество ключевых идей в терапии передается пациентам посредством самообучения, а не лично от терапевта. Кларк и др. (2015) показали, что можно примерно вдвое увеличить клиническое улучшение за час терапии, предоставив пациентам специально разработанные модули самообучения для работы между сеансами терапии. Стотт и др. (2013) на основе этих модулей для самообучения создали версию КТ-СТР с использованием Интернета, в которой используются мультимедийные функции Интернета (записываемые видеозвонки и т. д.) для реализации большинства ключевых процедур лечения. Кларк и др. (2016) обнаружили, что КТ-СТР с помощью Интернета дает результаты, аналогичные результатам очной КТ-СТР, при этом сокращая время терапевта примерно на 80%.

Молодые люди

Было проведено только два рандомизированных контролируемых испытания, изучающих эффективность терапевтических вмешательств на основе когнитивной модели Кларка и Уэллса (1995) с детьми и подростками. В одном из них 44 социально тревожных участника в возрасте от 8 до 14 лет (Melfsen et al., 2011) были случайным образом распределены в группу для индивидуальной терапии на основе когнитивной модели или в контрольную группу из списка ожидания. Авторы сообщили о средних и значительных эффектах индивидуальной терапии по сравнению с контролем из списка ожидания как по клинической оценке (немецкая версия Anxiety Disorders Interview Schedule; Hedge $G = 0,94$), так и по самоотчетам (немецкая версия Social Phobia Anxiety Inventory; Hedge's $G = 0,89$). Результаты, определенно, обнадеживают. Однако лечение не представляло собой полную реализацию КТ-СТР. Например, от пяти до шести занятий было посвящено психообразованию. В КТ-СТР мы обычно тратим на это не более 15 минут во время сеанса. Критические компоненты, такие как охранительное поведение и поведенческий эксперимент с концентрацией внимания на себе, который проводится на втором сеансе КТ-СТР, не были включены. Кроме того, в исследовании участвовали дети, а не подростки. Ingul, Aune и Nordahl (2014) провели рандомизированное контролируемое испытание с участием подростков с социальной тревогой, в котором индивидуальную терапию, основанную на когнитивной модели, сравнивали с версией Coping Cat для подростков (The CAT Project) и плацебо внимания. Плацебо внимания включало групповые встречи, на которых социально тревожные молодые люди взаимодействовали со сверстниками и взрослыми в той же степени, что и группы лечения, но не получали ни одного из предполагаемых активных компонентов двух методов лечения. Значительный эффект индивидуальной терапии был обнаружен после терапии по Опроснику социальной фобии (SPAI) (скорректированный по Хеджу $d = 2,96$). Неожиданно не было эффекта группы CAT по самоотчету SPAI ($d = -0,10$) и лишь небольшой эффект в группе плацебо внимания ($d = 0,50$). Преимущества индивидуальной терапии сохранялись при последующем наблюдении. Результаты индивидуальной терапии оказались многообещающие, однако лечение не полностью соответствовало КТ-СТР. Например, первые три занятия включали психообразование о тревоге, составление полной модели поддержания тревожности, разработку измерителя и иерархии тревожности, а также изучение негативных мыслей и ошибок мышления. Индивидуализированная версия когнитивной модели не была представлена до четвертого сеанса (по сравнению с первым сеансом в КТ-СТР).

Результаты этих двух испытаний являются обнадеживающим признаком того, что КТ-СТР может быть полезна для молодых людей (подростков и детей). Однако ни одно испытание не тестировало полную реализацию КТ-СТР-П (КТ-СТР для подростков).

В ответ на это мы предприняли серию индивидуальных экспериментов по разработке лечения, чтобы предварительно оценить осуществимость КТ-СТР у подростков (Leigh & Clark, 2016). КТ-СТР была проведена у пяти подростков, у всех из которых в начале лечения было тяжелое и хроническое социальное тревожное расстройство, а также сопутствующие расстройства. Четверо из пяти уже прошли стандартный курс КПТ без видимых результатов. К концу терапии симптомы социальной тревожности, а также связанные с ней тревожность и депрессия снизились до субклинических уровней, и эти улучшения сохранялись в течение трех-шести месяцев наблюдения. Все молодые люди также показали улучшенное функционирование, о чем свидетельствует более активное участие в жизни общества и 100% посещаемость школы при последующем наблюдении. Замечательно то, что у нас было первое указание на то, что лечение социальной тревожности также может иметь положительное влияние на концентрацию внимания в классе, о чем свидетельствуют улучшения по самоотчетам у всех пяти пациентов. Среднее изменение (79%) по первичному критерию оценки (шкала социальной тревожности Либовица) (Liebowitz, 1987) было больше, чем наблюдаемое в наших испытаниях КТ-СТР у взрослых (57% и 63% в Clark et al., 2003, 2006).

Хотя доказательная база крайне мала, результаты сходятся в том, что КТ-СТР очень вероятно полезна для подростков с социальным тревожным расстройством.

ГЛАВА 3. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

При проведении оценки состояния подростка всегда следует внимательно рассмотреть и оценить социальное беспокойство и тревогу.

Дети и подростки редко сами обращаются в службы из-за симптомов социальной тревоги. В крупном исследовании, проведенном среди более 3000 подростков 14-24 лет, только 30% людей с социальной фобией (чистой или коморбидной) обращались за помощью в связи со своими трудностями в течение предыдущих 12 месяцев. Среди людей с чистой социальной фобией этот показатель был еще ниже - 12,3% (по сравнению с 28% людей с коморбидным социальным тревожным расстройством) (Wittchen, Stein, et al., 1999). Из-за самой природы социальной тревоги такие проблемы, как стыд, страх стигмы или негативной оценки, могут помешать людям обратиться за помощью. Кроме того, родители могут не понимать серьезности нарушений и вызванных ими затруднений (Kashdan & Herbert, 2001) или думать, что социальная тревожность – это лишь временная фаза, из которой молодой человек "вырастет" (Masia-Warner et al., 2001). Если родители или школьный персонал обращают внимание на проблемы, то, как правило, это происходит в ответ на конкретные помехи, такие как трудности с посещением школы или отказ от посещения общественных мероприятий, трудности со сверстниками или издевательства, или из-за других сопутствующих проблем. Многие подростки могут использовать стратегии управления впечатлением в ответ на свою социальную тревогу, что еще больше затрудняет родителям и учителям выявление социальной тревоги.

Как описано в [Главе 1](#), существует высокая частота коморбидности между социальным тревожным расстройством и другими тревожными расстройствами, а также депрессивными расстройствами у молодых людей. В этих случаях коморбидное тревожное или депрессивное расстройство может быть распознано медицинскими работниками без выявления основного и более стойкого социального тревожного расстройства. В большом Национальном обзоре коморбидности США (Costello et al., 2014) только подростки со специфической фобией реже получали услуги, чем подростки с социальным тревожным расстройством (по сравнению с тревожными расстройствами, расстройствами настроения, поведенческими и импульсивными расстройствами, а также расстройствами, связанными со злоупотреблением психоактивными веществами).

Очевидно, что подросткам с социальной тревожностью может быть крайне сложно ориентироваться в системе здравоохранения и получать лечение. Поэтому перед нами как психотерапевтами стоят две ключевые задачи по улучшению выявления и оценки случаев. Во-первых, важно всегда спрашивать молодых людей о социальных проблемах или беспокойствах. NICE (2013) предлагает следующие вопросы, которые могут помочь в определении случая:

"Страшно ли вам/вашему ребенку делать что-то с другими людьми, например, разговаривать, есть, ходить на вечеринки или другие вещи в школе или с друзьями?"

"Трудно ли вам/вашему ребенку делать что-то, когда за ним наблюдают другие люди, например, заниматься спортом, участвовать в спектаклях или концертах, задавать вопросы или отвечать на них, читать вслух или выступать с докладами в классе?"

"Бывает ли у вас/вашего ребенка ощущение, что вы/ваш ребенок не можете делать эти вещи или пытаетесь от них отмахнуться?"

Во-вторых, если человек указывает, что у него есть социальные проблемы, важно провести тщательную и подробную оценку социального тревожного расстройства, включая диагностическое обследование.

Когда молодые люди впервые приходят в клинику, они проходят диагностическую оценку (до и в дополнение к 14-сессионной программе лечения). Помимо создания теплой и эмпатичной атмосферы, диагностическая оценка направлена на:

1. Установить основной диагноз молодого человека
2. Определить наличие дополнительных (сопутствующих) проблем и связь между этими проблемами и основным диагнозом
3. Оценка трудностей нейроразвития, например, расстройства аутистического спектра (ASD), синдром дефицита внимания с гиперактивностью (ADHD), нарушения обучаемости (LD).
4. Оценить речь, язык и коммуникативные навыки
5. Определить проблемы с физическим здоровьем
6. Оценить личное и социальное функционирование
7. Установить наличие виктимизации со стороны сверстников или социального остракизма (в прошлом/текущем) и определить реакцию школы и родителей.
8. Определить цели в области образования и профессиональной деятельности
9. Установление потребностей родителей/воспитателей (в т.ч. трудности с психическим здоровьем).

Перед оценкой врач изучит документы, подтверждающие направление на обследование, переписку и заранее заполненные анкеты (например, DAWBA [описание см. ниже], опросники для самоотчета и родительского отчета). Как правило, в начале обследования семья встречается со всеми вместе, чтобы объяснить процесс оценки. Затем проводятся отдельные интервью с подростком и родителями (параллельно или последовательно, в зависимости от того, один или два клинициста проводят оценку), при поддержке стандартизированных полуструктурированных

инструментов интервью. В конце оценки семья встречается вместе, чтобы дать обратную связь, начать процесс психообразования и поделиться планом лечения.

3.1. Инструменты для оценки социального тревожного расстройства

Оценка развития и благополучия (DAWBA)

DAWBA (Goodman et al., 2000) – это пакет интервью и опросников, предназначенных для постановки психиатрических диагнозов по МКБ-10 и DSM-IV для детей 5-17 лет. Он охватывает распространенные эмоциональные, поведенческие и гиперактивные расстройства, включая социальное тревожное расстройство. Пакет включает интервью с родителями детей 5-17 лет, интервью с самими детьми 11-17 лет и анкету для учителей. Пакет может проводиться лично, но также может быть эффективно передан через компьютер. Преимуществом такого подхода является снижение нагрузки на врача и семью, а также удобство для семей.

Информация от различных информаторов объединяется компьютерной программой, которая также предсказывает вероятный диагноз или диагнозы, генерируя полосы вероятности, указывающие на вероятность наличия определенного диагноза. Эти вероятности могут быть использованы как полезная отправная точка для проведения очного интервью с врачом. Было доказано, что DAWBA является валидным (Goodman et al., 2000).

В нашей клинике мы просим семьи (и, по возможности, учителей) заполнить компьютерную анкету DAWBA до очной встречи. Проводящий оценку врач (врачи) изучит полученную информацию в сочетании с соответствующими клиническими документами и другими анкетами, которые могли быть заполнены до встречи с семьей.

Полуструктурированное интервью

Инструменты полуструктурированного интервью повышают надежность и точность диагностики. Они обычно состоят из серии вопросов, которые соответствуют диагностическим критериям (чаще из классификационной системы DSM, чем МКБ). Опросники, доступные для использования с детьми и подростками, включают Диагностический опросник для детей - пересмотренный (DISC-R; Shaffer et al. (1993)), Детский опросник для аффективных расстройств и шизофрении - настоящая и пожизненная версии (K-SADS-PL; Kaufman et al. (1997)), Диагностический опросник для детей и подростков (DICA; Reich,

Welner, and Herjanic (1997)), Оценка психического состояния детей и подростков (CAPA; Angold, Prendergast, et al. (1995)) и Опросник тревожных расстройств для детей (ADIS-C; Silverman and Albano (1996)). Все эти опросники включают детский и родительский компоненты, соответствуют классификационной системе DSM-IV и охватывают широкий возрастной диапазон

– от маленьких детей до старших подростков. Ни один из них, кроме K-SADS-PL, пока не был пересмотрен в ответ на новый DSM-5. В остальном между ними существует множество различий, например, по структуре, длине и уровню детализации информации, полученной о проблеме тревоги.

Обычно мы используем опросник для детей и родителей по тревожным расстройствам (четвертое издание), описанный в Таблице 6. Мы считаем его полезным при оценке молодых людей с подозрением на социальную тревожность по следующим причинам. Во-первых, он обеспечивает подробную и всестороннюю оценку тревожных расстройств. Во-вторых, в нем задается ряд вопросов об отношениях молодого человека со сверстниками, что особенно актуально для данной группы населения. В-третьих, он открывается серией "разминочных" вопросов и является промежуточным по структуре, предоставляя интервьюеру возможность снять тревогу, которую мы могли бы ожидать у опрашиваемых.

Таблица 6. Расписание интервью по тревожным расстройствам для детей и родителей

Опросник тревожных расстройств для детей и родителей, четвертое издание (ADIS-C/P; Сильверман и Альбано (1996))
Описание
Он состоит из двух полуструктурированных интервью (детская версия и родительская версия), разработанных для оценки тревожности и других детских расстройств в соответствии с DSM-IV. Обе версии в значительной степени совпадают, но родительская версия также включает разделы, касающиеся дополнительных расстройств (например, СДВГ, ЗПР, ЧД и энурез), и более подробные вопросы об истории и последствиях конкретных проблем. Детский вариант направлен на получение более подробной информации о симптомах и адаптирован с учетом особенностей развития (например, более простые формулировки). Вопросы скринера задаются в начале каждого раздела. Если ребенок или родитель отвечает утвердительно на вопросы скринера, опрос продолжается для получения дополнительной информации о симптоматике, включая оценку частоты, интенсивности и помех. Эти оценки помогают эксперту определить, каким диагностическим критериям соответствует ребенок.
Психометрические свойства:
Недавнее изучение ADIS-C/P (для DSM-IV) дало приемлемые или отличные оценки надежности 7-14-дневного теста в отношении диагнозов ребенка (в возрасте 7-16 лет; $\kappa = 0,61-0,80$), родителя ($\kappa = 0,651,00$) и комбинированного диагноза ($\kappa = 0,62-1,00$) (Silverman, Saavedra, & Pine, 2001). Интеррейтинговое согласие более ранних версий ADIS показало большую вариативность, в некоторых случаях оно достигало приемлемого и отличного уровня при использовании видеозаписи ($\kappa = 0,45-0,82$; Rapee et al., 1994) и парадигмы живого наблюдателя ($\kappa = 0,35-1,00$; Silverman and Nelles, 1988). Конкордантная

валидность хорошая, с высоким соответствием между диагнозами социальной тревожности ADIS и баллами по подшкале социальной тревожности в Многомерной шкале тревожности для детей (MASC; March (1997)) высокая (Wood et al., 2002).

Показатели самоотчета и родительского отчета

Самоотчеты и родительские отчеты представляют собой быстрый метод оценки, позволяющий людям рассказать о своей тревожности с их собственной точки зрения. Это особенно актуально для подростков с интернализированной социальной тревогой, для которых большая часть проблемы может быть ненаблюдаемой. Существует множество методик самоотчета и родительского отчета. Некоторые из них оценивают исключительно социальную тревожность. Другие оценивают тревожность в целом, но включают подшкалу социальной тревожности. Обзор каждого из них выходит за рамки данной книги. В Таблице 7 приведены краткие сведения о тех мерах самоотчета, которые направлены именно на социальную тревожность у подростков.

Таблица 7. Показатели самоотчета подростков о социальной тревожности

Измерительный инструмент	Авторы
Шкала социальной тревожности Либовица для детей и подростков (LSAS-CA)	Масиа-Уорнер и др. (2003)
Инвентаризация социальной фобии	Коннор и др. (2000)
Шкала социальной тревожности для подростков (SAS-A)	Ла Грека и Лопес (1998)
Инвентарь социальной фобии и тревожности для детей (SPAI-C)	Бейдель, Тернер и Моррис (1995)
Шкала социальной тревожности для детей - пересмотренная (SASC-R)	Ла Грека и Стоун (1993)

Мы просим молодых людей и родителей заполнить короткую батарею опросников. Молодые люди заполняют шкалу социальной тревожности Либовица для детей и подростков (LSAS-CA; Masia-Warner et al. (2003)) в качестве меры социальной тревожности (см. Приложение В, стр. 261 для LSAS-CA, перепечатанное с разрешения авторов). Для оценки общей тревожности и депрессии мы используем либо пересмотренную шкалу детской тревожности и депрессии (RCADS; Chorpita et al. (2000)), либо скрининг тревожных и связанных с ними расстройств (SCARED; Birmaher et al. (1999)) и опросник настроения и чувств (MFQ; Angold, Costello, et al. (1995)). Родителям даются родительские версии RCADS или SCARED и MFQ. Выбор общего(ых) опросника(ов) тревоги и депрессии может зависеть от конкретных требований службы, в которой проходит лечение подросток. Родителям также дают госпитальную шкалу тревоги и депрессии

(HADS; Zigmond and Snaith (1983)) для быстрого определения уровня их собственной тревоги и депрессии.

Шкала социальной тревожности Либовица для детей и подростков (LSAS-CA; Masia-Warner et al. (2003))

LSAS-CA адаптирован из шкалы для взрослых (Liebowitz, 1987). Молодым людям предлагается серия из 24 ситуаций, связанных с исполнением или взаимодействием (например, писать, когда за тобой наблюдают). Их просят оценить каждую ситуацию двумя способами. Во-первых, с точки зрения того, насколько тревожно они чувствовали бы себя в данной ситуации (от отсутствия [0] до сильной [3]), и, во-вторых, с точки зрения того, как часто они будут избегать ее (от совсем не [0] до всегда [3]). Таким образом, получается семь оценок: (1) тревога, связанная с социальным взаимодействием, (2) тревога, связанная с выступлением, (3) общая тревога, (4) избегание социального взаимодействия, (5) избегание ситуаций, связанных с выступлением, (6) общее избегание и (7) общий балл. Общий балл 22,5 или более считается клиническим (Masia-Warner et al., 2003). LSAS-CA изначально разрабатывался как инструмент, применяемый врачом. Он был успешно использован в версии для самоотчета на французском (Schmits, Heeren, & Quertemont, 2014) и испанском (Olivares, Sanchez-Garcia, & Lopez-Pina, 2009) языках. Мы используем его в этом формате в нашей клинике.

3.2. Первичная встреча с семьей

На первой встрече с семьей попросите каждого представиться, а затем дайте описание вашей клиники. Объясните семье, чего они могут ожидать от этого дня: сколько продлится встреча, какова ее структура и когда будет перерыв. Полезно объяснить, что будет много вопросов, но нам действительно важно и полезно получить как можно больше информации. Поблагодарите семью за заполнение DAWBA и других анкет заранее, если они это сделали, и объясните, что вы внимательно изучили эту важную информацию. Объясните семье путь направления в клинику, а затем открыто и с любопытством спросите, что привело их на обследование. Постарайтесь на этом этапе получить от семьи общий список имеющихся проблем и историю их возникновения.

3.3. Встреча с молодым человеком

Объясните молодому человеку, что вы будете больше спрашивать о некоторых вещах, которые вызывают у него трудности, но сначала вы хотели бы узнать о нем немного больше. Спросите об их семье, интересах, хобби, внеклассных занятиях и школьном опыте. Это даст молодому человеку время, чтобы разогреться. Затем мы проводим с молодым человеком опросник ADIS-C, чтобы установить основной диагноз и наличие дополнительных (сопутствующих)

расстройств, которые также могут потребовать лечения. По окончании диагностического интервью убедитесь, что у молодого человека есть достаточно времени, чтобы задать все интересующие его вопросы. Также полезно задать вопрос "волшебной палочки": какое изменение могло бы больше всего изменить их жизнь прямо сейчас? Это полезно для оценки понимания их трудностей, ведущего диагноза при наличии коморбидности и мотивации к изменениям. Спросите о предыдущем опыте лечения и что было более или менее полезным. У многих молодых людей лечение в прошлом было неудачным, поэтому важно определить, что они получали и чем будет отличаться новый режим лечения.

3.4. Встреча с родителями

Во время интервью с родителем/родителями мы используем родительскую версию ADIS для определения диагноза молодого человека. Кроме того, важно собрать полный анамнез развития, медицинский, личный, школьный/учебный и семейный.

3.5. Заключительная семейная встреча

В конце этих интервью и обычно после небольшого перерыва проводится заключительная встреча с семьей в целом. Обратная связь с семьей должна включать: рабочую диагностическую формулировку (объяснение первичных и вторичных проблем, их развития, возникновения, поддержания и защитных факторов); объяснение любых дополнительных обследований, которые могут потребоваться (например, когнитивная оценка, информация из школы, скрининг на аутизм); рекомендации по лечению, включая ссылки на доказательную базу; и план. У семьи должна быть возможность задать вопросы и ответить на отзывы.

ГЛАВА 4. ФОРМУЛИРОВКА СЛУЧАЯ И НАЧАЛО РАБОТЫ

Первая сессия терапевтической программы направлена на проведение более детальной оценки проблем социальной тревожности молодого человека. Цели сессии:

1. Наладить хорошие, поддерживающие рабочие отношения с молодым человеком и его родителями.
2. Получить подробный отчет о текущей проблеме социальной тревожности и о том, как она развивалась.
3. Ознакомить молодого человека с опросниками, которые будут использоваться для отслеживания прогресса.
4. Предоставить информацию о социальной тревожности и когнитивной терапии.
5. Определить цели терапии.
6. Разработать индивидуальную схему когнитивной модели, которая будет использоваться в качестве руководства по лечению.

Перед сеансом необходимо подготовить видеокамеру, установленную незаметно в помещении клиники. Она размещается под прямым углом к линии глаз терапевта и подростка, вне привычного поля зрения. Убедитесь, что видео настроено на запись всего взаимодействия, то есть и терапевта, и подростка. В начале 1 сеанса объясните, что в рамках лечения все сеансы записываются на видео, чтобы терапевт мог потом просматривать сеансы и обеспечить хорошее качество лечения. Объясните, что это обычная процедура для всех молодых людей, и видеозапись не будет распространяться за пределы коллектива клиники. Мы запрашиваем письменное согласие родителей и молодых людей. После получения разрешения на запись видеоматериалы могут быть использованы для видео обратной связи - основного компонента КТ-СТР-II - на более поздних этапах терапии. Мы также рекомендуем подросткам делать аудиозаписи сессий для последующего просмотра, так как считаем, что это очень хороший способ повышения эффективности обучения.

4.1. Установление хороших терапевтических отношений

Подростки с социальной тревожностью представляют собой особую проблему для терапевтических отношений. Терапия сама по себе является социальным взаимодействием. По этой причине на ранних стадиях терапии социально тревожные подростки могут вести себя так же, как они ведут себя в других социальных ситуациях, вызывающих у них страх.

Во-первых, некоторые молодые люди могут казаться замкнутыми, незаинтересованными

или пренебрежительными. Важно, чтобы терапевт не обижался на такое поведение и не принимал его на свой счет. Вместо этого его следует рассматривать как очевидное проявление охранительного поведения подростка и как дисфункциональные, вызванные страхом попытки показать себя с лучшей стороны. Например, подросток, который боится проявить беспокойство, потому что это может быть расценено как признак слабости, может казаться отстраненным и холодным.

Во-вторых, повышение интенсивности социального взаимодействия в ходе терапевтической сессии может привести к увеличению количества ментальных пробелов и усилению чувства неловкости у подростка. Это особенно актуально во время клинического интервью и в течение первых терапевтических сессий, когда терапевт пытается получить подробную информацию о том, что, по мнению подростка, может произойти в опасных социальных ситуациях, чтобы разработать индивидуальную версию когнитивной модели и наметить мишени работы. Поскольку подростки с социальной тревогой привычно концентрируются на ощущениях, им бывает трудно определить, что плохого в том, что они покраснеют, задрожат, вспотеют, сделают ошибку и т.д. Когда подросток испытывает трудности с поиском мысли и кажется, что он тревожится при этом, когнитивные терапевты обычно наклоняются вперед в своем кресле, смотрят на подростка более прямо и демонстрируют теплую, эмпатическую позицию. Такая реакция может заставить подростков с социальной фобией чувствовать себя еще более стесненными и блокировать их мышление.

По этой причине терапевты должны быть чувствительны к зрительному контакту и, возможно, уменьшать его в такие моменты, чтобы помочь молодому человеку чувствовать себя не так смущенно и неуютно. Работа с доской может быть особенно полезной в этом контексте, и мы рекомендуем, чтобы индивидуальная версия когнитивной модели всегда разрабатывалась на доске или на большом листе бумаги, который терапевт и молодой человек могут одновременно просматривать.

4.2. Изучение стандартизированных опросников

Большая часть информации, необходимой для создания четкой картины текущих проблем социальной тревожности, может быть получена из стандартизированных опросников, и мы настоятельно рекомендуем их использовать. Терапевтам рекомендуется потратить 30 минут или около того на изучение опросников до начала интервью на 1 сессии. В таблице 8 перечислены опросники, которые мы сочли особенно полезными. Все эти опросники приведены в [Приложении В](#). Они не заменяют хорошее клиническое интервью, а скорее используются в

качестве руководства, помогающего точно подобрать вопросы во время интервью. Для облегчения этой работы мы считаем полезным обобщить информацию из опросников на листе бумаги под заголовками: ситуации, которых боятся, ситуации, которых избегают, негативные мысли (худшие страхи), безопасное поведение. Таким образом, можно сэкономить значительное количество времени на первичном интервью. Еще одним преимуществом анкет является то, что некоторым молодым людям легче сначала определить свои мысли и безопасное поведение при заполнении анкет в одиночку, чем при личном интервью, где они, скорее всего, будут чувствовать себя более стесненно.

Таблица 8. Стандартизированные опросники, полезные для сбора информации перед клиническим интервью

Опросник	Что он оценивает
<i>Материалы для подростков</i>	
LSAS-CA1F ¹	Страх и избегание социальных ситуаций
Шкала еженедельного обзора социальной фобии ²	Социальная тревога, социальное избегание, сосредоточенность на себе в сравнении с внешним вниманием, предвосхищающее беспокойство и ретроспективные руминации
Опросник социальных мыслей ³	Негативные мысли в пугающих социальных ситуациях
Опросник социального поведения ⁴	Охранительное поведение
Опросник социальных убеждений ⁴	Проблемные убеждения относительно социального поведения, социальных ситуаций и оценки пациентом своего социального "я". Убеждения делятся на три категории: чрезмерно высокие стандарты, условные предположения и безусловные предположения.
Концентрация (0-100) ⁵	Способность концентрироваться в классе за прошедшую неделю
Шкала социальной вовлеченности и удовлетворенности ⁶	Участие в различных социальных мероприятиях и удовлетворенность социальными отношениями.
RCADS-C ⁷	Общее беспокойство и подавленное настроение
<i>Материалы для родителей</i>	
RCADS-P ⁷	Общее беспокойство и подавленное настроение

¹Masia-Warner et al. (2003). ²Clark et al. (2003) Версия для подростков приведена в [Приложении В](#). ³Wells, Stora, and Clark (1995) Версия для подростков приведена в [Приложении В](#). ⁴Clark (2003) Версия для подростков приведена в [Приложении В](#). ⁵Leigh and Clark (2015) Версия для подростков приведена в [Приложении В](#). ⁶Alden and Taylor приведена в [Приложении В](#). ⁷Chorpita et al. (2000)

4.3. Описание текущих проблем социальной тревожности

После того, как подростка попросят кратко описать текущую проблему, как он/она ее видит, ему/ей задают ряд вопросов, чтобы помочь расширить и уточнить детали, которые были получены из опросников. В таблице 9 приведена основная информация, которая потребуется для планирования лечения.

Таблица 9. Резюме информации, которую необходимо охватить в ходе клинического интервью

Описание текущей проблемы социальной тревожности.

1. Ситуационная тревога
 - 1.1. Социальные ситуации страха и избегания
 - 1.2. Негативные автоматические мысли
 - 1.3. Симптомы тревожности
 - 1.4. Фокус внимания
 - 1.5. Содержание своего образа/впечатления
 - 1.6. Охранительное поведение
 - 1.7. Предвосхищающее беспокойство
 - 1.8. Ретроспективный разбор события
2. Социальная сеть, издевательства сверстников
3. Школьная активность (посещаемость, успеваемость)
4. Употребление лекарств, алкоголя и психоактивных веществ
5. Проблемные социальные убеждения

Развитие и течение проблемы

Предыдущее лечение (виды, успешность)

Убеждения о том, что можно изменить (излечимость)

Сопутствующие заболевания (и вопрос о волшебной палочке)

Состав семьи

Цели лечения

Разработка индивидуальной схемы когнитивной модели

Внушающие страх социальные ситуации и ситуации избегания

Список ситуаций страха и избегания необходим для определения степени, в которой социальная тревожность мешает жизни молодого человека. Проверка LSAS-CA обеспечивает предварительную оценку ситуационного страха и избегания, которую можно дополнить вопросом: «Какие виды социальных ситуаций вызывают у вас тревогу?» «Вы избегаете (уточните ситуацию) или «сжимаете зубы и терпите»?» «Из анкет я вижу, что вы отметили (зачитайте список ситуаций), вызывающими у вас тревогу. Есть ли ещё какие-то социальные ситуации, которые заставляют вас беспокоиться, и которые мы еще не обсудили?» Следует также оценивать ситуативные факторы, которые делают ситуацию более или менее управляемой. Примеры: официальное мероприятие в сравнении с неформальным; наличие или отсутствие людей, которых знает молодой человек; заранее запланированное событие против спонтанного события; светлые комнаты по сравнению с темными (в последних такие симптомы, как потливость и покраснение, могут быть менее заметными); и жаркие комнаты по сравнению с прохладными (потоотделение и покраснение могут вызывать больше страха в одной, чем в другой. Чего страшнее, разнится от человека к человеку. Если самый большой страх заключается в том, чтобы покраснеть и вспотеть, то жаркая комната может быть более отталкивающей. Если же основной страх в том, что люди могут подумать о том, что он вспотел или покраснел, то прохладная комната будет вызывать больше страха, поскольку в прохладе пот или румянец могут показаться менее естественными).

Негативные автоматические мысли

После определения ситуации, вызывающей страх, следующим шагом является выявление негативных мыслей подростка, то есть того, чего он боится, что может произойти (например, "Я покраснею", "Я буду дрожать", "Я буду выглядеть глупо") и если это произойдет, то что это будет означать ("Люди подумают, что я странный"). Проверка заполненного подростком Опросника социальных мыслей дает хорошие подсказки. В начале интервью определение мыслей будет относительно кратким и направленным на то, чтобы терапевт получил более полное представление о ключевых "горячих" мыслях. Более подробное определение мыслей происходит на более поздних этапах интервью, когда конкретная ситуация или набор ситуаций обсуждается подробно, чтобы составить индивидуальную схему когнитивной модели. Ниже приведены некоторые особенно полезные для выявления негативных автоматических мыслей во время интервью вопросы:

- *Что пришло вам в голову?*
- *О чем вы думали...*
 - ...до того, как вы попали в ситуацию?*
 - ...во время нахождения в ситуации?*
 - ...когда вы заметили симптом X?*
- *Что самое худшее, по вашему мнению, могло произойти?*
- *Что, по вашему мнению, люди заметят/подумают?*
- *Что бы это значило? Что в этом плохого?*

Хотя некоторые молодые люди способны довольно быстро разобраться со своими негативными мыслями, мы часто видим, что вначале они указывают, что их главный страх – это чувство неловкости. Поскольку они обычно сосредоточены на том, как они чувствуют себя в социальных ситуациях, смущение – это то, что легче всего вспомнить. Необходим дополнительный вопрос, чтобы помочь им определить конкретные мысли (например, "я выгляжу странно", "люди заметят, что я встревожен", "Я выставляю себя дураком"), которые лежат в основе смущения.

Симптомы тревоги

Полезные вопросы для выявления симптомов тревоги, вызванных негативными мыслями в социальных ситуациях:

- *Когда вы думаете (укажите негативную автоматическую мысль), как это заставляет вас себя чувствовать?*
- *Становитесь ли вы более тревожным/боязливым?*
- *Что происходит в вашем теле, когда вы становитесь более тревожным/боязливым?*
- *Какие ощущения вы испытываете в своем теле?*
- *Что вы отмечаете в своем теле?*

Подростки с социальной тревогой, как правило, больше обеспокоены тревожными симптомами, которые, по их мнению, могут заметить другие люди (например, покраснение, дрожь, потливость), чем симптомами, которые невозможно заметить (например, учащенное сердцебиение). После составления списка симптомов тревоги полезно попросить молодого человека уточнить, каких симптомов он боится больше всего, и определить мысли, связанные с этими симптомами (например, "люди подумают, что это странно, что я вспотел, хотя день

сегодня не жаркий и я просто разговариваю с ними").

Фокус внимания

Полезные вопросы для выявления повышенной концентрации внимания на себе и самоконтроля, которые включаются в ситуациях, провоцирующих тревогу:

- *Когда вы боитесь, что произойдет (укажите предполагаемую катастрофу), что происходит с вашим вниманием?*
- *Становитесь ли вы застенчивым?*
- *Начинаете ли вы концентрировать свое внимание на себе и на том, как, по вашему мнению, вы могли бы выглядеть?*
- *Следите ли вы за тем, как, по вашему мнению, вы выглядите?*
- *Вы более или менее осведомлены о том, что делают другие люди в это время?*
- *Вы поглощены тем, что происходит в вашей голове?*
- *Чувствуете ли вы себя отдельно от окружающих вас людей?*

Содержание самовосприятия/впечатления о себе

После выявления сдвига в сторону повышенного внимания к себе, можно выяснить содержание самовосприятия/впечатления о себе молодого человека, задавая следующие вопросы:

- *Когда вы обращаете свое внимание на себя, что вы замечаете?*
- *Есть ли у вас образ себя?*
- *Есть ли у вас в воображении картинка, как вы выглядите?*
- *Есть ли у вас образ того, как, по вашему мнению, вы выглядите?*
- *Как, по вашим ощущениям, вы выглядите?*
- *Есть ли у вас представление/ощущение того, какое впечатление вы производите?*
- *Если бы вы не сделали (укажите охранительное поведение), как бы вы выглядели в глазах других?*
- *В тот момент, когда вы пытаетесь скрыть свои симптомы (укажите конкретные симптомы страха), как вы думаете, как вы выглядите для других?*

Общая цель всех этих вопросов – выяснить представления молодого человека о том, как, по его мнению, он выглядит для других, основываясь на повышенном внимании к себе и самоконтроле. Если подросток затрудняется, его можно попросить закрыть глаза и вспомнить

недавний случай, когда он чувствовал социальную тревогу, и описать образ, который её сопровождал. Иногда возникают конкретные зрительные образы (например, человек видит себя с испуганными глазами и белыми капельками пота на лбу). В других случаях может быть выявлено более обобщенное представление о том, как человек выглядит, или ощущение (например, чувство разобщенности и отчужденности от людей, с которыми вы находитесь, и интерпретация этого чувства как свидетельства того, что вы не вписываетесь в общество/не приняты им). Когда вместо образа кто-то описывает своё представление, то для вычерчивания более четкого образа обычно эффективна просьба “заснять” это представление, а затем нарисовать его, как будто он рисует картину,

Охранительное поведение

Охранительное поведение определяется как поведение или умственные действия, направленные на предотвращение или уменьшение конкретной угрожающей катастрофы. По этой причине вопросы об охранительном поведении должны учитывать особые негативные мысли подростков. Не забывайте спрашивать об умственных действиях, а также о поведении, которое вы можете наблюдать. Стратегии управления впечатлением, например, репетиция разговора, подготовка тем для разговора заранее, жесткий контроль над своим поведением и попытки "вести себя нормально", также должны быть детально выяснены, поскольку их часто не так легко обнаружить, как доступное внешнему наблюдению охранительное поведение.

Полезные вопросы для выявления моделей охранительного поведения включают:

- Когда вы думали, что (укажите результат, которого вы опасались) может произойти/произойдет, делали ли вы что-нибудь, чтобы попытаться предотвратить это? Делали ли вы что-нибудь, чтобы люди не заметили этого?

- Есть ли что-то, что вы делаете для того, чтобы попытаться убедиться, что вы производите благоприятное впечатление?

- Стараетесь ли вы "прикидываться"? Например, пытаетесь ли вы казаться более контролирующим/спокойным/спокойным, чем вы себя чувствуете? Как вы это делаете?

- Делаете ли вы что-нибудь, чтобы не привлекать к себе внимания?

- Следите ли вы за тем, как вы себя преподноситесь? Пытаетесь ли вы понять, какое впечатление производите?

Поскольку охранительное поведение молодых людей часто является довольно автоматической привычкой, когда им задают вышеуказанные вопросы в ходе интервью, они

могут забыть упомянуть о некоторых видах своего охранительного поведения. По этой причине терапевту, когда он задает вопросы, полезно иметь перед собой заполненный опросник социального поведения молодого человека. Часто молодые люди отмечают опроснике тот вариант, который не упомянули бы спонтанно.

Предвосхищающее беспокойство

Перед социальным событием подростки с социальной тревожностью подробно анализируют то, что, по их мнению, может произойти. Когда они начинают думать о событии, они становятся тревожными, и в их мыслях преобладают воспоминания о прошлых неудачах, негативные образы себя во время события и другие предсказания плохого выступления и отказа. Поэтому важно спросить молодого человека, как он обычно думает о социальных ситуациях до их возникновения, задавая такие вопросы, как:

- *Когда у вас намечается какое-либо общественное мероприятие, склонны ли вы думать о нем заранее?*
- *Склонны ли вы многократно прокручивать событие в голове?*
- *Какие мысли у вас возникают?*
- *Вспоминаете ли вы события, которые происходили в прошлом? Что они из себя представляют?*

Ретроспективный разбор событий

После социального взаимодействия молодые люди обычно проводят "вскрытие" события. Взаимодействие рассматривается в деталях. Во время такого анализа тревожные чувства и негативное самовосприятие подростка, скорее всего, будут особенно заметны. Полезные вопросы для выявления ретроспективного разбора включают:

- *После события вы склонны мысленно пересматривать его?*
- *Прокручиваете ли вы в голове все происходящее в мельчайших подробностях?*
- *Какие мысли у вас возникают?*
- *Вспоминаете ли вы что-то из прошлого? Что это из себя представляет?*

Социальная сеть, виктимизация и буллинг со стороны сверстников

Молодые люди с социальной тревожностью обычно избегают общения со сверстниками и чаще сталкиваются с отвержением и издевательствами со стороны ровесников. Терапевт

должен попытаться понять, каковы социальные отношения молодого человека, и удовлетворен ли он ими в том виде, в котором они есть. Есть ли у него друзья? Есть ли у него лучший друг, группа сверстников? Это отношения в школе или вне школы? Если у него есть друзья, каково качество этих отношений? Например:

- *Можете ли вы положиться на своих друзей?*
- *Есть ли у вас друзья, к которым бы вы могли обратиться за помощью или если бы вы были расстроены?*
- *Бывают ли ссоры или размолвки в вашей дружеской компании ?*
- *Есть ли друзья, с которыми вы хотели бы проводить больше времени или узнать их получше? Если да, то что вас сейчас сдерживает?*

Терапевт должен приложить все усилия, чтобы выяснить об издевательствах и травле со стороны сверстников, которые может испытывать подросток. Исключают ли подростка из группы сверстников или он подвергается другим издевательствам? Подвергается ли он в настоящее время травле, и если да, то в какой форме? Словесная или физическая, лично или в Интернете? Не думайте, что этого не происходит, если подросток не сообщает об этом по собственной инициативе. Подростки часто стыдятся того, что они стали жертвами издевок или были отвергнуты своими сверстниками, и поэтому демонстрируют нежелание говорить об этом с другими.

Знает ли кто-нибудь еще, что подросток страдает от социальной тревожности? Если ответ на этот вопрос - "Нет", то терапевту желательно запомнить этот момент для последующего обсуждения убеждений подростка о том, насколько его тревожность на самом деле заметна для окружающих.

Школьная активность

Для молодых людей с социальной тревожностью школа может быть особенно непростой средой. Хотя нередко подростки с социальной тревожностью скрывают симптомы в школе, это часто сказывается на их школьной активности и посещаемости.

Это может выражаться в отказе или нежелании посещать школу, а также в трудностях при перемещении из дома в школу. Молодые люди могут проводить слишком много времени в комнате медсестры, в библиотеке или компьютерном классе. Получите точные данные о посещаемости (эти данные обновляются школами на постоянной основе и регулярно предоставляются родителям) и оцените, какую долю занятий они посещают. Если есть

определенные занятия, которых они избегают или переносят с большим трудом, чем другие, постарайтесь определить, что в них особенно трудно (например, больше недобровольного участия учеников, больше групповой работы). Социально тревожные подростки могут также избегать внеклассных мероприятий. Постарайтесь выяснить, какие ситуации в школе вызывают особую тревогу, чтобы направить на них будущие поведенческие эксперименты. Мы также хотим оценить академическую успеваемость подростка: какова его успеваемость в настоящее время, например, последние оценки за экзамены или контрольные работы; соответствует ли она ожиданиям? Переполненный класс может вызывать у социально тревожных подростков чувство напряжения, которое затрудняет их восприятие того что говорит учитель, и, следовательно, снижает успеваемость.

Структура семьи и взаимоотношения

Реакция семьи на социальную тревожность подростка может произвольно поддерживать проблему и мешать лечению. Поэтому важно оценить это на ранней стадии. Начните с того, что узнайте у подростка о структуре семьи: кто живет с ним вместе; есть ли другие родственники, живущие в другом месте, которые имеют большое значение; есть ли другие люди в близком окружении подростка (например, друзья семьи), которые важны для него. Затем нам понадобится получить краткое представление о качестве этих отношений, например, насколько они близки и насколько положительными они воспринимаются.

Вопросы могут быть следующими:

- *Как часто вы видите "X"?*
- *Чем вы занимаетесь вместе?*
- *Насколько хорошо вы в целом ладите друг с другом?*
- *Можете ли вы говорить о проблемах и личных темах с "X"?*
- *Насколько вы близки с "X"?*
- *Хотели бы вы быть ближе к "X"? Если да, то что мешает?*

Затем терапевт может спросить подростка, как основные родственники (чаще всего родители) отвечают и реагируют накануне, во время и после вызывающих тревогу ситуаций. Это поможет выяснить роль родительских убеждений и поведения в социальной тревожности подростка.

Прием прописанных лекарств, алкоголя и лёгких наркотиков

Некоторые подростки уже начали принимать назначенные препараты (например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина), когда их направили на психотерапию. Если они продолжают испытывать выраженную социальную тревогу, мы будем тесно сотрудничать с детским и подростковым психиатром, назначившим препарат, и, как правило, прием лекарств будет продолжен в той же дозировке, пока подросток не обретет уверенность в том, что он может справиться со своей социальной тревогой с помощью психологических средств. Как только это произойдет, большинство подростков и родителей будут заинтересованы в постепенном прекращении приема препаратов. В редких случаях, когда предписанные лекарства (например, бензодиазепины) принимаются по ситуации и социальная тревога очень незначительна, часто полезно поощрять подростков не принимать лекарства до того, как они попадут в социальную ситуацию, вызывающую страх, чтобы помочь им лучше узнать, как справиться со своей тревогой. Обычно мы не советуем начинать прием нового препарата во время курса когнитивной терапии, поскольку это может свести на нет способность подростков выяснить, что их принимают такими, какие они есть, что является одной из основных целей лечения. Однако, если после адекватного курса когнитивной терапии (скажем, 8-10 сеансов) улучшения очень незначительны, одним из вариантов лечения, который может быть рассмотрен в обычной клинической практике (в отличие от клинических исследований), является сочетание когнитивной терапии и лекарств. Такое решение может быть принято только после консультации с психиатром, и в этом случае особое внимание следует уделить разработке обоснования комбинированного лечения, которое не дискредитировало бы ни один из методов.

Некоторые подростки с социальной тревожностью употребляют алкоголь, чтобы лучше контролировать свою социальную тревожность (например, они могут выпить, чтобы быть в состоянии пойти на вечеринку или собрание). Лёгкие наркотики могут приниматься по аналогичным причинам. По мере продвижения лечения необходимо поощрять подростков сокращать употребление алкоголя и лёгких наркотиков, чтобы помочь им понять, что они могут быть приняты в социальных ситуациях без подобных “подпорок”.

Проблемные социальные убеждения

Проверка опросника социальных установок дает бесценную информацию о проблемных убеждениях, которые могут сделать человека уязвимым к переживанию социальной тревоги в определенных ситуациях. Опросник охватывает чрезмерно высокие стандарты (например, "Я не должен показывать другим признаки слабости", "Я должен казаться умным и остроумным"), условные убеждения ("Если люди увидят, что я встревожен, они будут унижать, высмеивать и

отвергать меня" и "Если люди смотрят на меня, значит, они думают обо мне плохо") и безусловные убеждения/основные предположения (например, "Я скучный человек", "Я странный/особенный"). После того, как терапевт ознакомится с опросниками, можно использовать относительно короткий опрос, чтобы прояснить конкретное значение одобренных убеждений для подростка, а также выявить любые дополнительные предположения. Дополнительные предположения, вероятно, будут выявлены в ходе терапии, когда лечение будет сосредоточено на конкретных социальных ситуациях и причинах, по которым подросток считает их трудными.

Развитие и течение проблемы

Следует кратко рассмотреть обстоятельства, связанные с возникновением социальной фобии, и то, как расстройство менялось в ходе его течения. Некоторые подростки сообщают, что они всегда чувствовали себя застенчивыми, и не могут выделить какие-либо конкретные события, связанные с обострением их тревоги. Однако большинство подростков могут назвать некоторые ранние события, которые либо усугубили давнюю склонность к застенчивости, либо вызвали социальную оценочную озабоченность там, где до этого они не испытывали тревоги.

Издевательства в школе, критика со стороны родителей, учителей или сверстников, исключение из "своей" группы, моменты сильного смущения (например, покраснение при чтении стихотворения вслух) и моделирование социальных оценочных проблем со стороны родителей – это обычные события, связанные с началом заболевания. После того, как событие определено, может быть полезно выяснить, сформировалась ли у подростка негативная самооценка примерно в это время. Как говорилось ранее, Хакманн, Кларк и МакМанус (2000) в ходе исследования интервью обнаружили, что многие представления о себе, которые взрослые люди с социальной фобией воспроизводят в социальных ситуациях, связаны с воспоминаниями о неблагоприятных социальных событиях, которые произошли примерно в то время, когда у них началось расстройство. Выявление таких связей может быть полезным, поскольку позволяет подросткам увидеть, что их текущее представление о своем социальном "я" может быть искажено в том смысле, что это воспоминание о более раннем образе себя, которое не было обновлено в свете опыта.

Предыдущее лечение

Необходимо оценить предшествующее лечение, чтобы определить ожидания от терапии.

Например, подросткам, прошедшим психодинамическое лечение или лечение только медикаментами, может потребоваться более длительная социализация в активную ориентацию когнитивной терапии на решение проблем, включая широкое использование домашних заданий.

Убеждения о том, что можно изменить (излечимость)

Некоторые подростки считают, что социальная тревожность – это аспект их личности, а личность изменить невозможно. Для таких людей терапия вряд ли будет успешной, если предварительно не обсудить тот факт, что когнитивная терапия работает с людьми, которые испытывают социальную тревогу с самого раннего детства.

Коморбидность

Коморбидность с другими психическими расстройствами характерна для социального тревожного расстройства. Если в ходе вступительного диагностического интервью было выявлено сопутствующее расстройство, терапевт должен попытаться определить, является ли сопутствующее расстройство функционально связанным с социальной фобией или независимым. Часто помогает прояснение исторических закономерностей (например: Какое расстройство началось первым? Сохранялось ли одно расстройство, даже когда другое было в ремиссии? Было ли ухудшение одного расстройства связано с ухудшением или улучшением другого?).

Еще один весьма полезный вопрос – это "вопрос волшебной палочки". После выявления двух состояний (скажем, социальной фобии и депрессии) терапевт спрашивает:

"Представьте, что у меня есть волшебная палочка, которая позволила бы мне полностью устранить вашу социальную тревожность. Как вы думаете, если бы это произошло, вы бы все еще находились в депрессии, требующей профессиональной помощи?". Если подростки отвечают НЕТ, они обычно правы, их депрессия вторична по отношению к социальной фобии и в значительной степени разрешается при успешном лечении социальной фобии. Если подростки отвечают "ДА", следует запланировать дополнительное лечение, направленное на борьбу с депрессией. В случаях, когда депрессия и социальная тревога считаются одинаково проблемными, обычно лучше начать с лечения социальной тревоги, поскольку результаты лечения социальной тревоги более благоприятны, чем депрессии. Симптомы депрессии отслеживаются на протяжении всего курса, и если симптомы сохраняются, в конце КТ-СТР-П может быть проведено дополнительное лечение депрессии. В случаях, когда депрессия очень тяжелая (и препятствует участию в КТ-СТР-П) или молодой человек считает депрессию

основной проблемой, может потребоваться отдельное вмешательство для лечения депрессии, рекомендованное NICE (2015), прежде чем переходить к КТ-СТР-П.

Более подробное обсуждение коморбидности см. в [Главе 14](#).

Цели лечения

Перед началом терапии важно согласовать ряд целей, над которыми могут работать терапевт и подросток. Для отслеживания прогресса важно, чтобы цели были как можно более конкретными. Цели также должны быть реалистичными в том смысле, чтобы они не представляли собой невозможный стандарт (например, "никогда не испытывать тревоги в социальной ситуации" - подвиг, который, возможно, под силу только психопату или мертвому телу). Мы часто просим молодых людей определить краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные цели. Краткосрочные цели – это то, чего мы надеемся достичь через четыре-шесть недель; среднесрочные – через три-четыре месяца; долгосрочные – через шесть-двенадцать месяцев (лист целей см. в [Приложении D](#)).

По мере продвижения лечения важно возвращаться к целям, которые поставил перед собой молодой человек.

Мы обычно просматриваем рабочий лист целей один или два раза в течение терапии. Это происходит по трем основным причинам. Во-первых, молодые люди говорили нам, что возвращение к целям и отслеживание достигнутых целей является мощным стимулом для продолжения лечения и проведения более сложных поведенческих экспериментов. Во-вторых, некоторым молодым людям трудно определить долгосрочные цели в начале лечения. По мере облегчения симптомов и улучшения функционирования им часто легче определить эти долгосрочные цели. В-третьих, цели часто меняются в процессе лечения, например, цели, которые были оценены как долгосрочные, могут быть достигнуты раньше, чем предполагалось. Пересмотр целей в середине лечения дает возможность терапевту и подростку внести изменения в рабочий лист и добавить новые цели, если они были определены.

Интересно, что само по себе уточнение целей в начале лечения может иметь определенную терапевтическую ценность, поскольку может помочь молодому человеку выявить искажения. Приведенная ниже расшифровка кратко иллюстрирует постановку целей.

Терапевт: Какими будут ваши цели в терапии?

Пациент: Преодолеть социальную тревогу. Я знаю, что никогда не смогу преодолеть ее полностью, но я бы хотел перестать испытывать тревогу по поводу всего, что я делаю.

Терапевт: ОК, чтобы быть менее тревожным в социальных ситуациях (резюме). Я думаю, что вы очень рассудительны, что никогда не избавитесь от тревоги полностью. В самом деле, как говорится, если кто-то хочет полностью избавиться от нее, то мы называем это "целью мертвеца". Это то, чего вы можете достичь, только если вы мертвы. Для большинства из нас характерно некоторое беспокойство, в том числе иногда беспокойство по поводу знакомства с людьми и выражения своей точки зрения. Однако это вполне преодолимо и не мешает делать то, что хочется. Итак, если бы вы хотели уменьшить свою социальную тревожность, то какие вещи, которые вы не можете делать в настоящее время, вы хотели бы иметь возможность делать?

Пациент: Сделать презентацию в колледже, чтобы люди поняли, над чем я работаю. Обычно у меня становится пусто в голове, и я не могу выразить свои мысли.

Терапевт: Сделать презентацию. Что-нибудь еще?

Пациент: Ходить на встречи и всякое такое.

Терапевт: ОК. Какие-то повседневные социальные активности тоже? Ваши знакомые студенты обычно обедают вместе?

Пациент: Да. Иногда я хожу с ними, но просто сижу в углу и чувствую себя неуверенно.

Терапевт: Значит, новой целью может быть принимать участие в обыденных разговорах и в перспективе, наслаждаться этим?

Пациент: Да, точно.

Терапевт: Я говорю "в перспективе" наслаждаться этим, потому что в начале терапии столкновение со страхами может быть напряженным, но по мере того, как вы будете узнавать больше, страх уйдет, и его место может занять удовольствие. Что-нибудь еще? Что-то, что мы упустили? Пока что у нас есть (резюмирует): быть в целом менее тревожным в социальных ситуациях; делать презентации, которые четко передают то, что вы думаете по теме, даже если вы чувствуете себя несколько тревожно; приглашать людей на встречи и ходить на них; разговаривать с другими студентами за обедом. Если бы мы смогли достичь этих целей, стали бы вы счастливым человеком?

Пациент: Да.

4.4. Составление индивидуальной модели когнитивной концептуализации

Оценочное интервью обычно завершается составлением с молодым человеком его индивидуальной диаграммы когнитивной концептуализации. Это делается для того, чтобы направлять лечение и помогать молодому человеку понять, почему он испытывает тревогу в социальных ситуациях и почему тревога сохраняется.

Определяется социальная ситуация, вызывающая тревогу (например, сесть за стол в столовой, ответить на вопрос в классе, поесть в ресторане, пойти на вечеринку и т.д.), и рассматриваются недавние примеры этой ситуации, чтобы определить негативные мысли, тревожные чувства, охранительное поведение, концентрация внимания и содержание образа себя. Иногда необходимо проанализировать более одного примера проблемной ситуации/задачи, поскольку избегание/бегство подростка означает, что не все блоки модели активируются в каждом конкретном случае. Иногда подростки испытывают ощутимые трудности в запоминании ключевой информации, необходимой для модели. Для таких подростков может быть полезно использовать ролевую игру для создания аналога тревожной ситуации в клинике, чтобы выявить всю ключевую информацию. Например, человека, испытывающего трудности с публичными выступлениями, можно попросить встать и сделать краткую импровизированную презентацию.

Мы рекомендуем разрабатывать модель в интерактивном режиме, используя доску или большой лист бумаги, который могут видеть и терапевт, и подросток. Есть три причины для использования белой доски или большого листа бумаги. Во-первых, модель показывает весьма тонкие различия между разными аспектами социальной тревоги. Если подросток и терапевт смотрят на одну и ту же развивающуюся диаграмму, подростку легче понять, какая информация необходима на разных этапах. Во-вторых, активное письмо на доске замедляет процесс, облегчая подросткам разбивку глобальных переживаний (таких как чувство смущения) на конкретные элементы модели (например, негативные мысли, тревожные чувства, восприятие себя), и они начинают видеть связи между этими элементами. В-третьих, запись на доске – хороший способ помочь подростку чувствовать себя более комфортно при обсуждении проблемы, потому что это меньше похоже на допрос со стороны терапевта. Вместо этого возникает ощущение, что и подросток, и терапевт вместе смотрят на что-то вне подростка, на проблему на доске. Таким образом, снижается уровень неловкости.

После определения ситуации, вызывающей опасения, первым шагом является выявление мыслей молодого человека в этой ситуации, то есть того, чего он боится, что может произойти, и что будет значить, если это произойдет. Ключевые вопросы для выявления негативных мыслей

приведены выше. Поскольку подростки иногда испытывают трудности с определением мыслей, этот шаг следует делать медленно. После выявления основных негативных мыслей подростка можно определить три элемента, которые следуют из негативных мыслей (тревожные чувства, негативное самовосприятие/представление и охранительное поведение). Вопросы для выявления каждого из остальных элементов модели также изложены выше. Важно, чтобы терапевт нарисовал на доске стрелки от негативных автоматических мыслей к тревожным чувствам, к негативному самовосприятию/представлению и к охранительному поведению по мере выявления каждого из них. Стрелки, идущие в обратном направлении от этих процессов к негативным автоматическим мыслям, могут сопровождаться следующими вопросами:

Для стрелки от самовосприятия/представления:

"Когда вы замечаете в своем сознании картину (опишите негативное самовосприятие подростка), вызывает ли это у вас большую или меньшую уверенность в том, что (укажите результат, которого вы опасаетесь) произойдет/происходит?"

Для стрелки от тревожных чувств к самовосприятию/представлению, а затем к негативным мыслям:

"Когда вы заметили, что чувствуете (укажите симптомы тревоги), как это повлияло на ваше представление о себе?"

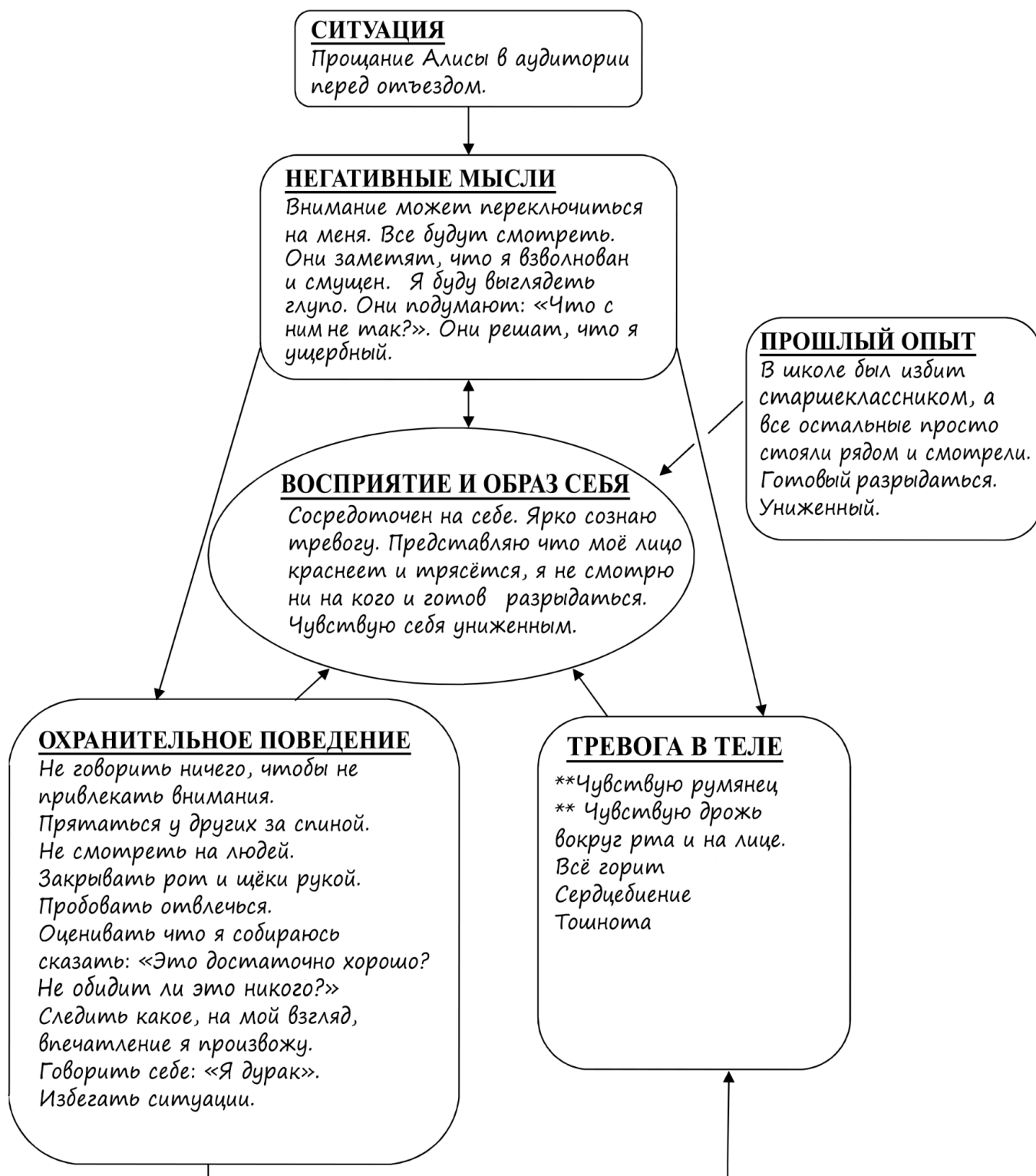
"Когда вы осознали (укажите симптомы страха), как это повлияло на ваш страх, что (укажите негативную мысль)? Стали ли вы более или менее уверены в том, что (укажите катастрофу)?"

Для стрелки от охранительного поведения обратно к самовосприятию/представлению самые полезные вопросы основываются на том, что выполнение многих видов охранительного поведения усиливает самопроверки и сосредоточенность на себе. Как следствие, охранительное поведение заставляет молодых людей сильнее осознавать свое негативное самовосприятие и негативную оценку себя. Учитывая этот момент, полезным будет следующий набор вопросов:

"По мере того, как вы (указываете безопасное поведение), заставляет ли это вас больше или меньше стесняться себя?"

Процесс составления индивидуальной схемы когнитивной модели с использованием вопросов, которые мы изложили, показан в следующей (сокращенной) записи беседы с молодым человеком. Диаграмма, которая была нарисована на доске, показана на рисунке 7. Обратите внимание на неоднократные поощрения терапевта, частое использование резюме, высокий уровень детализации и тот факт, что требуется довольно много вопросов, прежде чем молодой человек сможет полностью определить свои ключевые мысли.

Рисунок 7. Пример индивидуальной модели концептуализации молодого человека



Терапевт начинает с определения подходящей ситуации:

Терапевт: Сейчас нам предстоит разобраться, что происходит, когда вы испытываете

тревогу в социальной ситуации. Предлагаю сосредоточиться на той ситуации, которая произошла недавно, и вы испытывали сильное беспокойство, но оставались в ней некоторое время. Можете ли вы вспомнить такую ситуацию?

Пациент: На прошлой неделе был такой случай. Одна из студенток уезжала. Все зашли в аудиторию и вручили ей на прощание подарки. В комнате было много людей. Я очень, очень волновался. Вначале все было нормально, но, полагаю, из-за смеха и шуток все стало очень, очень плохо.

Терапевт: Хорошо. Что ж, давайте посмотрим, сможем ли мы вместе разобраться в том, что происходило. Не хотите присесть, чтобы видеть доску? Я буду записывать то, что мы обнаружим, а вы сможете поправить меня, если я что-то неправильно пойму. Ситуация была такова, что кто-то уезжал. Кто уезжал?

Пациент: Алиса.

Терапевт выясняет, какие негативные мысли возникли у девушки в данной ситуации.

Терапевт: Вы находились в комнате с большим количеством людей. Когда вы начали чувствовать неловкость, какие мысли приходили вам в голову? Что самое худшее, по вашему мнению, могло произойти?

Пациент: "Люди заметят".

Терапевт: (повторяет мысль, чтобы вызвать больше мыслей) Люди заметят.

Пациент: "Люди будут спрашивать меня о чем-то, или внимание будет обращено на меня".

Терапевт: Да, "внимание может быть направлено на меня". Хорошо, и это может быть потому, что они спрашивают меня о чём-то или они как-то ещё просто замечают меня? И если это произойдет, что в этом плохого?

Пациент: Все будут смотреть. Я окажусь в центре внимания.

Терапевт: ОК, "все будут смотреть". А чего вы боялись, что они увидят?

Пациент: Тревогу и смущение.

Терапевт: Значит, одна из мыслей: "Они увидят, что я встревожен и смущен". Отлично, молодец. Какие еще негативные мысли? Если бы они увидели, что вы тревожитесь и смущаетесь, что бы это значило?

Пациент: "Я буду выглядеть глупо".

Терапевт: ОК. (резюмирует) "Они увидят, что я тревожусь и смущаюсь, я буду выглядеть глупо". Есть ли у вас какие-то мысли о том, что они могут подумать, если увидят,

как вы встревожены и смущаетесь?

Пациент: "Что с ним не так?"

Терапевт: "Что с ним не так?" Это своего рода вопрос. Когда они задают себе этот вопрос, то какие ответы, по вашему мнению, могут быть у них в голове?

Пациент: Не думаю, что смогу ответить на этот вопрос.

Терапевт: Итак, они думают: "Что с ним не так? "Может быть, они думают "Он Эйнштейн?"

Пациент: Нет, почему вы так говорите?

Терапевт: Я сказал: "Он Эйнштейн", потому что некоторые люди могут подумать: "Он другой, он гений". Но это не похоже на то, что приходит вам в голову?

Пациент: Я не думаю, что они могли бы понять, что со мной. Пока не узнали про социофобию.

Терапевт: Значит, они были бы просто озадачены? Или это было бы что-то хуже? Они бы подумали о вас плохо?

Пациент: Думаю, да. Они бы не восприняли меня всерьез. Я полагаю, "Они бы подумали, что я не настолько хорош, как они".

Терапевт: Отлично. Это очень хорошо. Бывает трудно заметить свои мысли, но вам удалось вытащить довольно много.

Терапевт устанавливает связь между Негативными мыслями и Тревогой в теле.

Терапевт: (указывает на мысли на доске) По мере того, как у вас появляются мысли "Я окажусь в центре внимания. Все будут смотреть. Они увидят, что я встревожен и смущен. Они подумают: "Что с ним не так?". Они подумают: "Я ущербный". Что вы чувствуете в связи с этим? Начинаете ли вы тревожиться?

Пациент: Да, от этого я чувствую себя хуже.

Терапевт: Я напишу здесь ТРЕВОГА В ТЕЛЕ (пишет на доске и рисует стрелку от Негативных мыслей к Тревоге в теле). Как вы ощущаете тревогу, что вы замечаете, что происходит в вашем теле? Замечаете ли вы, что происходит в вашем теле в данный момент?

Пациент: Да, я чувствую, что краснею и дрожу (молодой человек показывает на свой рот).

Терапевт: ОК, значит вы чувствуете румянец и дрожь вокруг рта. Что-нибудь еще? Вам кажется, что вы потеете?

Пациент: Я ощущаю жар.

Терапевт: Жар. А еще Вы чувствуете, как сердце стучит?

Пациент: Немного, есть ощущение, что оно стучит, но не сильно.

Терапевт: Ну то есть это вас не слишком беспокоит?

Пациент: Нет.

Терапевт: У вас сводит живот?

Пациент: Да, чувствую тошноту.

Терапевт: Что-нибудь еще? Голова кружится?

Пациент: Нет.

Терапевт: Из всего этого списка вас больше всего волнуют первые два пункта – румянец и трясущийся рот, правильно?

Пациент: Да.

Терапевт: То есть особенно беспокоит то, что, по вашему мнению, могут заметить другие люди?

Пациент: Да.

Терапевт: ОК, тогда мы пометим их звездочкой.

Терапевт вводит концепцию Охранительного поведения и устанавливает связь между Негативными мыслями и Охранительным поведением.

*Терапевт: Когда люди беспокоятся о том, что может случиться что-то плохое, они часто поступают следующим образом чтобы попытаться сделать что-то, чтобы предотвратить это или снизить серьезность последствий. Мы называем это охранительным поведением, потому что это то, что вы делаете, чтобы охранять себя. (Терапевт пишет на доске термин **ОХРАНИТЕЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ** и проводит стрелку от Негативных мыслей к Охранительному поведению). Что бы вы сделали в этой ситуации, чтобы попытаться избежать внимание к себе? (Терапевт указывает на первую мысль на доске).*

Пациент: Я бы ничего не говорил.

Терапевт: ОК и причина этого в том, чтобы не привлекать внимания?

Пациент: Да.

Терапевт: И так ли вы поступили в этом случае?

Пациент: Да.

Терапевт: Что еще вы делаете?

Пациент: Ну, я стараюсь спрятаться за чьей-то спиной, если там есть другие люди.

Терапевт: Что-нибудь еще?

- Пациент:* И я не смотрю на людей.
- Терапевт:* На что вы смотрите вместо этого? Опускаете ли вы голову или просто смотрите прямо перед собой?
- Пациент:* Я не очень-то концентрируюсь на том, на что смотрю, я просто концентрируюсь на своих мыслях.
- Терапевт:* Значит, еще одна вещь, которую вы делаете – это концентрация на себе. Можем ли мы называть это "стать неловким" – это верное определение для вас?
- Пациент:* Да.
- Терапевт:* Звучит так, будто вы говорите, что ваше внимание переключается с других людей на себя?
- Пациент:* Да.
- Терапевт:* Мы еще вернемся к неловкости позже, потому что, как вы сможете увидеть, что это очень важно. Хорошо, что вы это заметили. Теперь, если мы вернемся к мысли о том, что другие люди могут увидеть, что вы тревожитесь, делаете ли вы что-нибудь, чтобы скрыть признаки тревоги. Как насчет покраснения и дрожания рта?
- Пациент:* Я закрываю рукой рот и щеки.
- Терапевт:* Полагаю, что это попытка скрыть покраснение и дрожь? Делаете ли вы также что-нибудь, чтобы попытаться их контролировать?
- Пациент:* Я пытаюсь остановить дрожь, но ничего не получается. Много раз я пытался думать о других вещах, о чем-то хорошем, о чем угодно.
- Терапевт:* Вы пытаетесь контролировать симптомы, отвлекаясь, но, в целом, это не помогает. В той ситуации вы могли хоть как-то общаться?
- Пациент:* Я общался с несколькими людьми вначале, когда тревога еще не была такой сильной, но потом уже нет.
- Терапевт:* Тогда, поскольку нам нужно, чтобы наша диаграмма была чуть более общей, чем эта конкретная ситуация, могу ли я попросить вас припомнить, когда вы оказывались в похожей ситуации, но при этом все же могли говорить, немного волнуясь? Есть ли что-нибудь, что вы бы делали во время выступления, чтобы выглядеть не так глупо? Есть ли у вас какие-нибудь приемы для этого?
- Пациент:* Вы имеете в виду, думать о том, что я собираюсь сказать?
- Терапевт:* Да, хорошо, думать о том, что вы собираетесь сказать. Когда вы так делаете, что вы пытаетесь оценить? Достаточно ли интересно звучит то, что вы скажете?
- Пациент:* Да, и ещё не обидит ли это других людей. Я боюсь сказать что-нибудь

оскорбительное.

Терапевт: ОК. Итак, мы напишем на доске: "Оценивать то, что я собираюсь сказать. "Это достаточно хорошо?", "Не обидит ли это никого?". Проверяете ли вы во время разговора, какое впечатление вы производите?"

Пациент: Как это, наблюдая за другими людьми?"

Терапевт: Интересно, как вы можете это проверить. Думаю, есть множество способов, как люди это делают. Некоторые люди могут сказать: Я слушаю себя, я пытаюсь представить, как я выгляжу. Другие отвечают: Я наблюдаю за другими людьми, но не слишком много, потому что стараюсь смотреть в другую сторону.

Пациент: Ага, а я как будто уже решил, что вот такой и есть. Я выгляжу глупо.

Терапевт: Таким образом, вы как бы говорите себе: "Я выгляжу глупо", и на самом деле не часто проверяете реакцию других людей?"

Пациент: Да.

Терапевт: Какие еще способы охранительного поведения мы не записали?"

Пациент: Полностью избегаю этой ситуации.

Терапевт возвращается к неловкости и определяет содержание Восприятия и образа себя молодого человека.

Терапевт: Ранее вы говорили, что когда думаете, что другие люди начнут смотреть на вас, то вы испытываете тревогу, считаете себя глупым и в результате становитесь очень неловким. Ваше внимание сосредоточено больше на себе, чем на других. Когда ваше внимание сосредоточено на себе, то какие вещи вы замечаете?"

Пациент: Физические симптомы, особенно румянец и дрожь.

Терапевт: ОК, значит, вы прекрасно осведомлены о чувствах, которые мы отметили звездочками. Каково ваше представление о том, как вы выглядите?"

Пациент: Я выгляжу униженным и смущенным.

Терапевт: Есть ли у вас мысленные образы себя? Некоторые люди, например, видят себя красными как помидор или видят, что выглядят весьма подавленными или бестолковыми.

Пациент: Иногда я представляю, как я выгляжу.

Терапевт: Как выглядит этот образ?"

Пациент: Расстроен, на грани срыва.

Терапевт: Если бы я был кинорежиссером и должен был проинструктировать актера, чтобы

он выглядел так, как вы думаете, что выглядите, то какие инструкции я должен дать этому актеру? Как ему изобразить "на грани срыва"?

Пациент: Ну, это когда ваше лицо выглядит так, будто вы собираетесь заплакать, но не делаете этого. Это мышцы лица, дергающиеся мышцы лица.

Терапевт: Какие именно мышцы должны дергаться?

Пациент: Все.

Терапевт: Что по поводу цвета вашего лица?

Пациент: Краснеет. Выглядел нервно. Ещё у меня трясутся руки.

Терапевт: Что-нибудь еще?

Пациент: Не устанавливаю зрительный контакт.

Терапевт: Значит, избегание зрительного контакта. Как вы думаете, на что это похоже, когда кто-то избегает зрительного контакта?

Пациент: Не интересуюсь тем, что вы говорите.

Терапевт: Значит, избегая зрительного контакта, вы будете выглядеть так, как будто вам это неинтересно. Что еще может быть заметно, что заставит вас выглядеть униженным? Если мы должны приказать актеру выглядеть униженным, что он должен сделать?

Пациент: Я не уверен.

Терапевт: Это тот вопрос, над которым вы раньше не задумывались?

Пациент: Думаю, да. Если подумать, то унижение – это скорее чувство.

Терапевт обобщает содержание Восприятия и образа себя и рисует стрелки к нему как от Тревоги в теле, так и от Охранительного поведения. И стрелку от Восприятия и образа себя к Негативным мыслям.

Терапевт: Итак, подведем итоги. Ваше внимание сосредоточено на себе. Вы становитесь очень неуверенным, и по мере того, как это происходит, у вас создается впечатление, что вы выглядите смущенным и униженным. Частью этого впечатления является образ себя с красным, дергающимся лицом, не смотрящим на людей и находящимся на грани срыва. Другая часть впечатления – унижение, но в процессе разговора мы поняли, что это скорее чувство, которое вы испытываете, а не то, что может быть заметно другим. Так ли это?

Пациент: Да.

Терапевт: Многие представления, похоже, основаны на тревожных телесных проявлениях,

которые мы отметили звездочкой, поэтому я проведу стрелку от Тревоги в теле к Восприятию и образу себя.

Пациент: ОК.

Терапевт: Если мы снова посмотрим на список способов охранительного поведения, который мы составили, то он включает в себя: стремление ничего не говорить; стараться не привлекать внимания; пытаться спрятаться и оценивать то, что вы собираетесь сказать. Когда вы концентрируетесь на выполнении всех этих действий, усиливается ли у вас ощущение неловкости?

Пациент: Да, безусловно.

Терапевт: ОК, поэтому мы нарисуем стрелку от Охранительного поведения к Восприятию и образу себя, потому что использование охранительного поведения заставляет вас быть более сосредоточенным на себе и представлять более негативный образ себя. Давайте ещё рассмотрим связь между вашим негативным восприятием себя и вашими мыслями? Когда вы представляете этот образ себя с красным дергающимся лицом, на грани срыва и чувствующего себя униженным, то как этот образ влияет на следующие мысли: "Все будут смотреть на меня", "Они увидят, что я смущен, подумают, что я выгляжу глупо и неполноценно?". Больше или меньше он вас убеждает, что эти вещи произойдут или уже происходят?

Пациент: Больше убеждает.

Терапевт: ОК, поэтому мы проведем стрелку от негативного Восприятия и образа себя обратно к Негативным мыслям, чтобы показать, что наличие образа заставляет вас больше верить этим мыслям.

Пациент: Да.

Терапевт: Если мы посмотрим на диаграмму на доске, отражает ли она то, что происходило, когда вы так тревожились во время прощания? Есть ли что-то, что мы упустили?

Пациент: Только что я был почти уверен, что начну тревожиться, прежде чем зашел в аудиторию.

Терапевт: Были ли у вас подобные мысли перед тем, как вы вошли в аудиторию?

Пациент: Да.

Терапевт: ОК, значит мы упустили из виду, что многие мысли приходят заранее и что это также является частью проблемы. Я рад, что вы указали на это.

В конце терапевт устанавливает связь между ранним травматическим социальным опытом и содержанием самовосприятия, которое молодой человек испытывает в социальных ситуациях

в настоящее время. Этот процесс облегчается, если молодой человек идентифицировал травматический инцидент в школе как событие, связанное с заметным обострением его социально-оценочных проблем в детстве, особенно страха сделать или сказать что-то не то. Выявление такой связи может помочь молодым людям дистанцироваться от своих негативных представлений о себе, воспринимая их скорее как призрак из прошлого. Однако установить эту связь не всегда возможно и не обязательно для того, чтобы терапия продвигалась вперед.

Терапевт: Могу ли я ещё немного порасспрашивать вас о том образе себя, который возник у вас во время прощания? Возникал ли у вас такой образ раньше?

Пациент: Да, я часто вижу себя таким, когда волнуюсь в социальных ситуациях.

Терапевт: Когда у вас впервые возник образ себя с красным дрожащим лицом, на грани срыва?

Пациент: Возможно, я рассказывал вам о том, как меня в школе избил старшеклассник, а все остальные просто стояли и смотрели. Я до сих пор не знаю, почему он ко мне прицепился. Я его почти не знал. Может быть, он думал, что я пялюсь на него. Он ударил меня головой о стену, у меня пошла кровь, и я чувствовал себя униженным. Я хотел разрыдаться, но не смог, потому что все остальные мальчики бы увидели.

Терапевт: Значит, вы думаете, что образ, который вы создаете сейчас, основан на этом опыте, своего рода призрак из прошлого?

Пациент: Может быть.

Терапевт: ОК, давайте добавим в нашу модель этот очень стрессовый инцидент в школе и нарисуем стрелки от Прошлого опыта избиения к вашему Восприятию и образу себя, так как это может быть одной из причин, по которой вы представляете этот образ. Конечно, иногда вещи, которые были актуальными в детстве, уже не настолько актуальны, когда мы становимся старше и наша жизнь меняется. Поэтому мы, вероятно, увидим, насколько реалистичен этот образ сейчас, когда мы начинаем лечение.

4.5. Домашнее задание и подведение итогов

После того как концептуализация была нарисована на доске, терапевты обычно завершают оценку, задавая домашнее задание, чтобы помочь молодому человеку доработать и обобщить модель. Для этого молодому человеку дают копию диаграммы, нарисованной на доске, и просят посмотреть ее до следующей сессии, чтобы проверить, не упущены ли какие-либо детали. Обычно мы просим молодых людей перерисовать модель на чистый бланк (см. [Приложение E](#)), а некоторые любят фотографировать нарисованную концептуализацию на мобильный телефон. Если выявлены дополнительные мысли, способы охранительного поведения и т.д., их следует включить в концептуализацию. Кроме того, подросткам обычно дают несколько пустых копий бланка и просят заполнить их для любых новых ситуаций, провоцирующих социальную тревогу, с которыми они сталкиваются до следующей сессии. Подростку также дают информационный лист о социальном тревожном расстройстве и КТ-СТР-П (см. [Приложение F](#)). Наконец, оценка обычно завершается объяснением подростку, что целью терапии будет разработка способов преодоления порочных кругов из диаграммы, которые, по-видимому, порождают и поддерживают социальную тревогу.

4.6. Опрос родителей / опекунов

После встречи наедине с молодым человеком, наедине беседуют с родителями / опекунами. Основные цели этой встречи обобщены в таблице 10.

Таблица 10. Краткое изложение целей интервью с родителями

Привлечь родителей
Получить дополнительную информацию о текущей проблеме социальной тревожности
Обеспечить психообразование по вопросам социальной тревожности
Оценить структуру семьи и взаимоотношения в ней
Оценить психическое здоровье родителей (включая тревогу и депрессию)
Оценить нежелательные родительские убеждения и поведение Дать обоснование и общий обзор лечения

С разрешения молодого человека сообщите родителям о том, что обсуждалось с их ребенком. Спросите родителей о дополнительных ситуациях, вызывающих страх, и избегающем

поведении, которые подросток не назвал (очень часто на раннем этапе лечения подростки чувствуют себя неловко из-за некоторых своих трудностей). Во время первой встречи с родителями мы проводим психообразование по поводу социальной тревожности, хотя часто этот процесс продолжается и на первых сессиях. Объясните родителям, что такое социальная тревога и как она может повлиять на повседневную жизнь молодого человека с точки зрения дистресса и нарушений. Это часто дает хорошую возможность помочь родителям понять смысл поведения, которое может показаться сложным и трудноуправляемым, например, отказ от посещения семейных собраний, нежелание спускаться вниз, когда в семье гости, раздражительность и споры с друзьями. Если молодые люди склонны использовать стратегии управления впечатлением, то родители вполне могут не осознавать степень тревожности молодого человека. Поэтому важно проинформировать родителей об этих формах поведения и их функции. Родители могут быть обеспокоены успеваемостью своего ребенка в школе, и это может быть частым источником споров. В этом случае может быть полезно подумать о том, как социальная тревожность может затруднить школьную жизнь, например, беспокойство по поводу участия в групповых заданиях, нежелание просить помощи у учителя. Как только мы это сделаем, мы считаем полезным предоставить информацию о том, насколько распространена социальная тревожность среди населения.

Спросите родителей об их собственном психическом здоровье. Оцените текущие потребности в психическом здоровье и степень их удовлетворения (как они справляются с любыми потребностями в психическом здоровье; получают ли они профессиональную помощь; есть ли у них хорошая сеть поддержки; есть ли неудовлетворенные потребности в психическом здоровье?), а также историю трудностей с психическим здоровьем и лечения. Рекомендуется заполнить опросник психического здоровья родителей, например, Клиническую шкалу тревоги и депрессии (Zigmond & Snaith, 1983).

Очень важно, что мы используем эту встречу с родителями как возможность определить родительские убеждения и поведение, которые могут повлиять на социальную тревожность ребенка. Мы считаем полезным начать этот процесс в открытой и занимательной манере. Например, когда мы спрашиваем о структуре семьи и взаимоотношениях в ней, это может открыть дверь обсуждению того, насколько каждый из родителей похож или отличается от своего ребенка с социальной тревожностью. Спросите родителей, как они относятся к общению, нравится ли им это, испытывают ли они тревогу или "притворяются". Какими были сами родители, когда были молодыми? Затем мы спросим родителей, как они справляются с тревогой своего ребенка: что они делают, когда их ребенок отказывается участвовать в социальном мероприятии или выступлении?

Как они интерпретируют реакцию своего ребенка? Как они справляются с ситуацией? Обратите внимание на распространенные бесполезные убеждения и модели поведения, приведенные в таблице 11.

Таблица 11. Распространенные бесполезные родительские убеждения и поведение

Родительские убеждения	Поведение родителей
<i>Быть громким и уверенным в себе - это путь к успеху в жизни.</i>	Негативно интерпретирует спокойный стиль взаимодействия Выражает разочарование социальными или публичными способностями молодого человека Не всегда вознаграждает за старания или инициативу Поощряет молодого человека к участию в общественной / публичной деятельности, с которой тот чувствует что, не справляется
<i>Мой ребенок уязвим, окружающие представляют угрозу.</i>	Молодого человека отговаривают от участия в общественной деятельности Молодой человек получает разрешение избегать Родитель контролирует социальную активность

Наконец, предоставьте родителям информацию о социальном тревожном расстройстве и КТ-СТР-II (см. [Приложение G](#)). Она будет включать информацию о практических аспектах лечения, таких как сеансы, участие родителей, связь со школой и важность домашних заданий. Мы также предоставляем информацию о доказательной базе когнитивной терапии и рекомендациях NICE (2013).

ГЛАВА 5. ЭКСПЕРИМЕНТ С КОНЦЕНТРАЦИЕЙ ВНИМАНИЯ НА СЕБЕ И ОХРАНИТЕЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

После того, как терапевт с молодым человеком согласовали рабочую версию когнитивной модели, начинается работа с ключевыми ее элементами. Особо хороший способ начать ее – эксперимент, который поможет молодым людям на собственном опыте убедиться в отсутствии пользы от охранительного поведения и концентрации внимания на самих себе. Вместо того, чтобы начинать с объяснения, почему они бесполезны, мы предлагаем им самим убедиться в этом, и это делает терапию живым процессом.

Молодого человека просят принять участие в ситуации социального взаимодействия на сессии. Выбор социальной задачи будет зависеть от конкретных страхов молодого человека. Общий принцип заключается в выборе ситуации, которая соответствует его опасениям, будет вызывать тревогу, но при этом ее уровень будет не настолько велик, что молодой человек окажется неспособным справиться с задачей. Его просят сделать это двумя способами. В первом случае — сконцентрировать внимание на себя, и все время думать о том, какое впечатление он производит на другого человека. Его также просят применять некоторое, свойственное ему, охранительное поведение. Во втором случае его просят сделать обратное — постараться перестать думать о себе и раствориться в беседе, отказываясь при этом от охранительного поведения. Затем сравнивают результаты того, насколько сильными были чувства тревоги, неловкости и какое, по его мнению, впечатление он произвел (включая то, насколько тревожными он выглядел). Этот эксперимент проводится на Сессии 2.

Эксперимент имеет целью помочь молодому человеку установить два ключевых момента. Во-первых, что направленный на себя фокус внимания и охранительное поведение заставляют его чувствовать больше тревоги и думать, что он производит худшее впечатление. Во-вторых, что, когда он перемещает фокус внимания вовне и отказывается от своего охранительного поведения, он испытывает меньше тревоги и считает, что лучше справляется.

У взрослых, при внимательном проведении, этот эксперимент показал значимый результат в достижении этих целей (McManus, Sacadura, & Clark, 2008; McManus et al., 2009; Schreiber et al., 2015). Так, например, Макманус и коллеги (2009) в исследовании 34 пациентов с социальным тревожным расстройством, 32 из 34 испытали меньшую тревогу и ощутили, что произвели лучшее впечатление, когда переключили фокус внимания вовне и отказались от охранительного поведения. У оставшихся двух пациентов разницы не было, главным образом потому, что им не удалось переключить фокус внимания.

5.1. Общее описание процедуры

Заблаговременная подготовка Сессии 2 поможет обеспечить плавный ход эксперимента. Перед сессией выберите подходящего коллегу и спросите, сможет ли он побыть в роли “помощника”. Объясните, что его задача будет заключаться в непродолжительной беседе с молодым человеком. Как правило, мы стараемся попросить об этом одного из наших самых молодых коллег, чтобы минимизировать разницу в возрасте с социально тревожным подростком. Все сессии записываются на видео, крайне важно, чтобы этот эксперимент был записан. Убедитесь перед сессией, что видеоаппаратура настроена так, чтобы записать взаимодействие целиком (всех участников беседы, разговор полностью, от начала до конца).

На сессии терапевт начинает подготовку к эксперименту с молодого человека. Это включает обоснование целесообразности его проведения, определение подходящей ситуации социального взаимодействия и составление прогнозов и оценок (см. Раздел 5.2.). Вслед за этим, терапевт дает помощнику и молодому человеку инструкции к Беседе 1. Это делается отдельно для одного и другого (см. Раздел 5.3.). До окончания первой беседы молодому человеку не сообщается о том, что ему предстоит участие в двух беседах. Чтобы начать первую беседу, терапевт отводит помощника в кабинет и дает краткие инструкции. Затем, во время беседы терапевт негласно сидит в кабинете. После завершения первой беседы, терапевт выводит своего помощника из кабинета и просит подождать снаружи. Затем терапевт возвращается в кабинет, чтобы вместе с молодым человеком обсудить и оценить Беседу 1 (см. Раздел 5.4.). Затем терапевт может дать молодому человеку инструкции к Беседе 2 (см. Раздел 5.3.). После этого помощник получает инструкции к Беседе 2, после чего возвращается в кабинет. Когда Беседа 2 завершена, терапевт выводит помощника из кабинета, благодарит его за уделенное время и просит заполнить оценочный бланк (см. Раздел 5.4.). Затем терапевт возвращается к молодому человеку, для начала, чтобы оценить Беседу 2 (см. Раздел 5.4.), и уже после этого переходит к обсуждению эксперимента целиком со сравнением оценок (см. Раздел 5.5.). Общее описание эксперимента приведено в Таблице 12.

Терапевт остается в комнате на всех этапах беседы, занимает место в стороне и молча сидя наблюдает. Так он получит ценную информацию о том, как прошел эксперимент и о видимых последствиях того, когда молодой человек концентрировал внимание на себе и использовал охранительное поведение и когда он обращал свое внимание вовне и отказывался от охранительного поведения. От этого будет зависеть, какие вопросы он будет задавать после. Кроме того, это позволяет терапевту быстро вмешаться в тех редких случаях, когда молодой человек начинает испытывать сильную тревогу в процессе беседы.

Таблица 12. Общее описание эксперимента с направленным на себя фокусом внимания и охранительным поведением

Номер	Этапы поведенческого эксперимента	Отсылка к разделу
1	Обосновать целесообразность проведения	5.2.
2	Выбрать подходящую ситуацию социального взаимодействия	5.2.
3	Составить прогнозы и оценки с молодым человеком	5.2.
4	Провести отдельный инструктаж молодого человека и помощника к Беседе 1	5.3.
5	Беседа 1	
6	Обсудить и оценить Беседу 1 с молодым человеком	5.4.
7	Провести отдельный инструктаж молодого человека и помощника к Беседе 2	5.3.
8	Беседа 2	
9	Обсудить и оценить Беседу 2 с молодым человеком	5.4.
10	Попросить помощника заполнить форму обратной связи по двум беседам	5.4.
11	Полный опрос и обсуждение эксперимента с пересмотром оценок с молодым человеком	5.5.

5.2. Проведение эксперимента

Обосновать целесообразность проведения

Как правило, вторая сессия будет начинаться с совместной проверки актуальности модели, полученной на первой сессии. И далее обсуждение любой дополняющей модель информации, появившейся в ходе выполнения домашнего задания, например дополнительных мыслей или охранительного поведения, которые молодой человек выявил. Затем терапевт мог бы подытожить, сказав: “На прошлой сессии мы вместе описали модель того, что, мы думаем, происходит, когда вы испытываете тревогу в социальной ситуации. На этой сессии мне бы хотелось лучше исследовать как эта модель работает. На наш взгляд, лучший способ это сделать, создать ситуацию социального взаимодействия здесь, прямо в клинике и подробное обсуждение того, как она прошла и что происходило. Итак, давайте постараемся подумать, что бы мы могли сделать на этой сессии, что обычно делает вас весьма тревожным, но не настолько, чтобы вы чувствовали, что не сможете справиться”. Не сообщайте молодому человеку, что ему предстоит принимать участие в двух беседах.

Выбрать подходящую ситуацию социального взаимодействия

Постарайтесь определить социальную ситуацию, вызывающую тревогу умеренной интенсивности. По шкале от 0 до 100, где 0 - полное отсутствие тревоги, а 100 - максимальная тревога, выявите ситуации социального взаимодействия, которые вызывают тревогу на уровне от 40 до 60. Выберите подходящую для молодого человека ситуацию и связанные с ней специфические опасения. Такие ситуации могут включать: беседы с незнакомцем (вы можете спросить молодого человека, предпочел бы он сам выбрать тему для разговора или он хотел бы говорить о чем угодно); громко читать перед аудиторией (как в классе); выступить с докладом перед аудиторией (как на школьном собрании). Собеседниками или слушателями обычно выступают коллеги из клиники. Ситуация должна быть инсценирована таким образом, чтобы она гарантированно вызвала соответствующий уровень тревоги, для усложнения задачи могут быть приглашены дополнительные собеседники или слушатели. С большинством молодых людей беседа (с или без заранее согласованной темы) представляет собой хорошо работающий способ.

Вместе составить прогнозы и оценки

Затем попросите молодого человека пояснить, чего обычно он опасается, что могло бы произойти в этой ситуации (напр., “Я буду выглядеть тревожным”, “Я буду казаться глупым”), и охранительное поведение, которое бы он обычно применял (напр., “Я бы избегал зрительного контакта”, “Я бы задавал много вопросов”). Чтобы выяснить каких последствий опасается молодой человек, спросите, что, как он думает, случится. Вы можете пересмотреть формулировки с Сессии 1, домашнего задания и данные опросников, чтобы убедиться, что вы ничего не упустили. Обычно это опасения показать признаки тревоги (напр., заикаться, краснеть, дрожать) и/или произвести плохое впечатление (напр., быть скучным, не найти что сказать, выглядеть глупо). Похожим образом для того, чтобы узнать об используемом охранительном поведении, спросите молодого человека, что бы он обычно сделал, чтобы предотвратить пугающие последствия, заметные окружающим, и/или негативную оценку. Не забывайте аккуратно исследовать мыслительные процессы, так же как более очевидное охранительное поведение. Затем вы можете пересмотреть формулировки из Сессии 1, домашнего задания, и данные опросников, чтобы убедиться, что вы не упустили никакого охранительного поведения. После этого, мы напоминаем молодому человеку о направленном на себя, оценивающем внимании, которое он обычно использует в социальных ситуациях, снова обращаясь к идиосинкразическому формулированию.

5.3. Инструктаж к беседе

Беседа 1: Молодой человек

Как только вы с молодым человеком сделали прогнозы, объясните, что сейчас ему предстоит небольшая беседа (если вы выбрали этот вид социального взаимодействия).

Попросите его во время беседы как можно больше концентрировать внимание на себе; контролировать и проверять, как, по его мнению, он справляется. Попросите молодого человека применять какое-либо из его видов охранительного поведения. Не просите его составлять длинный список охранительного поведения, поскольку после они будут переживать, стараясь держать его в памяти, вместо того чтобы следовать инструкциям. Напротив, выберите несколько ключевых видов охранительного поведения, согласующихся с направленным на себя фокусом внимания, например, контроль того, что они говорят, избегание зрительного контакта, и сидение на своих руках в тех случаях, когда есть опасения, что они будут дрожать. В приведенной ниже стенограмме кратко показаны инструкции, которые даются перед первой беседой с 17-летним молодым человеком, который обеспокоен тем, как он справится с беседой.

Терапевт: Во время этой беседы я бы хотел, чтобы вы максимально сконцентрировали внимание на себе и на том, как вы справляетесь. Обращайте внимание на то, как вы это делаете. А также, можем ли мы попробовать применить какое-либо охранительное поведение? Например, проговаривание тем в голове, контроль за тем, что вы говорите в процессе беседы и избегание зрительного контакта.

Пациент: Хорошо, похоже это то, что обычно происходит со мной, когда я разговариваю с людьми.

Терапевт: Абсолютно верно. Как обычно вы это делаете в повседневной жизни. Давайте действительно хорошо постараемся во время этой беседы оставаться сконцентрированным на том, как вы справляетесь.

Беседа 1: Помощник

Перед первой беседой, за пределами терапевтического кабинета, терапевт объясняет своему помощнику, что ему предстоит непродолжительная беседа с молодым человеком. Попросите его вести беседу как с обычным незнакомцем. Предложите тему разговора (если это было согласовано с молодым человеком).

Не предоставляйте помощнику никакой дополнительной информации или указаний на страхи молодого человека. Важно, чтобы помощник вел себя с молодым человеком также, как если бы он общался с любым другим человеком, которого ему случилось встретить в обществе, поскольку целью является имитировать реальное взаимодействие. Естественно, скорее всего

помощник будет в курсе, что молодой человек пришел на терапию чтобы решить свою психологическую проблему, но вам не нужно, чтобы на этом была акцентирована беседа, поскольку это не является ситуацией, с которой молодой человек сталкивается в реальной жизни. Поэтому, не рассказывайте своему помощнику о личных опасениях молодого человека, таких как: “Я покраснею”, “Я буду казаться глупым”. Вместо этого попросите его вести себя так же, как с любым другим человеком. Вам не нужно, чтобы он искал какие-то особые признаки или указания на тревогу молодого человека, так же как в реальной жизни этого не происходит.

Беседа 2: Молодой человек

Перед второй беседой, скажите молодому человеку, что ему предстоит еще одна непродолжительная беседа (отобрав другую тему если одна уже была использована в Беседе 1). На этот раз мы просим молодого человека лишь “плыть по течению” и просто “раствориться в беседе”, концентрируясь на своем собеседнике и на разговоре, “не думая о том, как он выглядит, это мы можем обсудить позднее, но во время беседы давайте не концентрироваться на этом”. Старайтесь не предостерегать молодого человека от использования охранительного поведения, подчеркивая, чего они не должны делать (напр., “не избегайте зрительного контакта, не проверяйте как Вы выглядите, не избегайте задавать вопросы”). Это может дать обратный эффект, делая молодого человека слишком сконцентрированным на себе в попытках убедиться, что он не прибегает к охранительному поведению. Вместо этого, продолжайте инструктаж подбадривая молодого человека “отпустить” и “раствориться во всем сказанном”. Приведенная ниже стенограмма в общих чертах описывает инструктаж, данный тому же молодому человеку:

Терапевт: *Я бы хотел, чтобы сейчас мы попробовали сделать нечто другое. Нам предстоит другая беседа с Клер, но на этот раз я хочу, чтобы Вы просто “плыли по течению”, полностью растворились в беседе и увлеклись тем, о чем пойдет речь. Просто продолжайте разговор, не думая слишком много.*

Пациент: *Хорошо, я могу попробовать. Будет трудно не думать о том, как я выгляжу.*

Терапевт: *Ничего, давайте просто посмотрим, каково это оставить мысли о своем впечатлении в стороне, скажем так “припарковать их” на время беседы. Вы и я можем обсудить это позднее, но на время разговора, не посадить ли нам мысли на несколько минут на штрафную скамью? (был выбран спортивный сленг из регби, поскольку молодой человек увлекался игрой в регби).*

Беседа 2: Помощник

Перед второй беседой попросите вашего помощника завести другую беседу, следуя тем же инструкциям, полученным перед первой беседой. Терапевт мог бы сказать: *“нам предстоит другая беседа, ведите себя точно так же, как и в предыдущей. Как если бы вы встретили этого человека на вечеринке, впервые в своей жизни”*.

5.4. Оценки

После каждой беседы, терапевт выводит помощника из кабинета (после Беседы 1, будучи за пределами кабинета, терапевт просит помощника подождать здесь до второй, и после Беседы 2 терапевт дает помощнику инструкции по заполнению формы для оценки (см. ниже).

Молодой человек

Когда терапевт и молодой человек остаются в кабинете вдвоем, терапевт может попросить молодого человека произвести следующие оценки: насколько, как он считал, сбылись его социальные страхи (“насколько выражено было X от 0 “совсем нет” до 100 “максимально выражено”); насколько тревожно он себя чувствовал во время беседы (“насколько сильно вы чувствовали тревогу от 0 “совсем не было” до 100 “максимально выраженная тревога”?); насколько заметна, как он считал, была его тревога (“насколько, вы думаете, была заметна ваша тревога от 0 “совсем не заметна” до 100 “полностью”); насколько хорошо, он думает, он выглядел (“насколько хорошо, вы думаете, вы выглядели от 0 “очень плохо” до 100 “очень хорошо”?); и возникал ли у него образ того как он выглядел (да или нет).

Важно убедиться, что молодой человек смог следовать инструкциям и, в зависимости от условий, больше концентрировал внимание на себе и использовал охранительное поведение, или меньше концентрировал внимание на себе и в меньшей степени прибегал к охранительному поведению. Молодые люди оценивают, в какой мере они были сконцентрированы на себе или на разговоре. В ситуации с направленным на себя фокусом внимания и использованием охранительного поведения, спросите молодого человека:

“Смогли ли вы направить фокус внимания на себя и то, как вы выглядите в этой беседе? Если бы я Вас попросил оценить по шкале направленного на себя фокуса внимания от -3 (полностью сконцентрирован на себе и том, как выглядел) до +3 (полностью сконцентрирован на другом человеке, а не на себе), где 0 это среднее значение (в равной степени был сконцентрирован на себе и разговоре), на какой отметке вы бы расположили ваше внимание во время беседы”.

Подобным образом, для второй, с направленным фокусом внимания вовне, спросите:

“Во время той беседы, смогли ли вы отбросить свои мысли, раствориться в беседе и больше сконцентрироваться на том, что происходило вокруг Вас? Если бы я попросил Вас оценить по шкале направленного на себя фокуса внимания от -3 (полностью сконцентрирован на себе и том, как выглядел) до +3 (полностью сконцентрирован на другом человеке, а не на себе), где 0 это среднее значение (в равной степени был сконцентрирован на себе и разговоре), на какой отметке вы бы расположили ваше внимание во время беседы”.

Молодые люди также оценивают в какой мере они использовали свое охранительное поведение. В первой ситуации, с фокусом внимания на себе и охранительным поведением, спросите:

“Вам удалось применить какое-то из вашего охранительного поведения? Что именно? Если бы я попросил вас оценить по шкале использования охранительного поведения, от 0 (не использовал охранительное поведение, ни разу) до 100 (использовал все виды охранительного поведения, постоянно), где бы вы расположили себя во время беседы?”

Для второй беседы с переключением фокуса внимания вовне и отменой охранительного поведения, спросите:

Удалось ли вам в меньшей степени применять ваше охранительное поведение? Что именно вы делали меньше? Если бы я попросил вас оценить по шкале использования охранительного поведения, от 0 (не использовал охранительное поведение, ни разу) до 100 (использовал все виды охранительного поведения, постоянно), где бы вы расположили себя во время беседы?”

Отсутствие сообщений о разнице в уровне тревоги или восприятии себя между двумя беседами, часто связано с тем, что молодые люди продолжали концентрировать внимание на себе и прибегать к охранительному поведению во время второй беседы. Чтобы проверить, так ли это действительно, пересмотрите оценки фокуса внимания на себе и охранительного поведения. Если молодой человек не сумел переключить фокус внимания вовне или отказаться от охранительного поведения, мы будем практиковаться и затем запланируем третью беседу (см. Раздел ниже “Поиск ошибок”). Оценочные бланки со шкалами для молодого человека можно найти в [Приложении Н](#).

Помощник

По завершении двух бесед, мы просим помощника поочередно восстановить в памяти каждое взаимодействие и дать обратную связь в письменной форме. Помощнику, как только он

покидает кабинет, выдается двусторонняя форма. Первая сторона, это преимущественно бланк, в котором просто спрашивается:

“Каково было ваше впечатление о (имя молодого человека)? Как вы оцениваете (уточните ситуацию)?” На обратной стороне предлагается дать ответы на более специфичные вопросы. Помощника просят оценить степень волнения, которую он отметил у молодого человека (0-100%), например *“Вы заметили что X покраснел?”*, *“Если вы заметили, что X покраснел, что это значило для вас?”*. Наконец, его прямо спрашивают, сделал он или нет негативную оценку, и если так, почему, например *“Посчитали ли вы его глупым, если да, то почему?”* (0-100%). Может оказаться очень полезным спросить помощника оценить насколько тревожным он/она себя чувствовал/-а. Обратная связь не обсуждается с молодым человеком до Сессии 3.

Оценочные бланки со шкалами можно найти в [Приложении I](#).

5.5. Первичные наблюдения и размышления

После того, как молодой человек завершил обе беседы и терапевт остается с ним вдвоем, в первую очередь поблагодарите его за участие, признавая, что этот опыт может быть очень пугающим. Затем мы пересматриваем и сравниваем оценки, сделанные им после каждой беседы, обращая внимание на любую разницу в показателях. Как правило, мы достаточно легко можем заметить два ключевых момента. Во первых, к своему немалому изумлению, молодые люди обнаруживают, что при направленном на себя фокусе внимания и использовании охранительного поведения, они чувствуют себя более тревожными, а не менее. Во вторых, когда их фокус внимания направлен вовне, и они не используют охранительное поведение, они считают, что производят лучшее впечатление и выглядят менее тревожными. Показатели того, насколько тревожными они думают они выглядят и насколько хорошо они предстали в глазах других, тесным образом связаны с показателями того, как они себя чувствовали, что указывает на то, что они ориентируются на свои чувства и другую interoцептивную информацию, чтобы сделать вывод о том, как они выглядели в глазах других.

5.6. Домашнее задание

Молодых людей просят практиковать переключение фокуса внимания вовне, без оценки и отказ от охранительного поведения с коллегами и другими людьми.

5.7. Возможные трудности

Описанный эксперимент является мощным инструментом и обычно очень хорошо работает. Тем не менее, могут возникать некоторые сложности.

“Они обе были одинаковыми”

Может случиться, что молодой человек не заметит никакой разницы в субъективном чувстве тревоги, неловкости или восприятия того, как он выглядел между двумя беседами. В этом случае, мы, в первую очередь, пересматриваем показатели использования охранительного поведения и направленного на себя фокуса внимания (описаны выше в рубрике Оценки) по каждой из бесед, чтобы проверить, различаются ли они. Отсутствие разницы может служить свидетельством того, что молодому человеку не удалось переключить внимание с себя вовне и отказаться от охранительного поведения. В таком случае, обсудите это с молодым человеком и затем помогите попрактиковаться с переключением внимания вовне и отказом от охранительного поведения. Предложите ему сосредоточиться на том, как звучит ваш голос, на том, что вы говорите, и оставить руки на коленях в случае, если они обычно прячут их под себя. После этого, вы можете пригласить помощника в третий раз, чтобы молодой человек переключил фокус внимания и отказался от охранительного поведения. Терапевт может понизить вероятность того, что молодой человек не справится с переключением фокуса внимания, поинтересовавшись *перед* началом второй беседы, насколько он уверен, что справится с инструкцией. Если молодой человек демонстрирует неуверенность, проведение небольшой ролевой игры обычно позволяет успешно вовлечься во вторую беседу. Если молодой человек продолжает испытывать трудности, мы можем придумать социальную ситуацию, вызывающую меньшую тревогу, поскольку изначально запланированная может быть слишком сложной, чтобы расслабиться и “быть в потоке”.

“Но это были взрослые”

Из-за практических ограничений нашим помощником почти всегда является взрослый. Часто мы обнаруживаем, что, несмотря на основные выводы, которые мы делаем с молодыми людьми, порой молодые люди сомневаются в отношении того, являлись бы они таковыми, если

бы беседа была с их ровесником. Они могут говорить что то вроде: “взрослые дружелюбней”, “эта женщина доктор поэтому она более любезная, не так ли?” или “это не одно и то же”. Когда возникает подобная ситуация, нам важно помнить про два аспекта. Во-первых, мы хотим, чтобы молодой человек продолжил обучаться с помощью контролируемых поведенческих экспериментов на сессиях. Для этого мы хвалим молодого человека за то, что он довел эксперимент до конца и получил новую и ценную информацию, особенно учитывая то, насколько сложным ему это казалось, до того как он сделал. Во-вторых, мы хотим получить у молодого человека обратную связь и вовлечь его в терапию. Для мы этого поощряем его “работу детектива” в обнаружении ограничений. Затем мы можем совместно спланировать будущий поведенческий эксперимент, в котором он сможет повторить опыт (в менее формальной обстановке) со своим ровесником на неделе.

“Но это потому, что во второй раз я к этому привык”

В ряде случаев молодые люди будут признавать, что вторая беседа прошла лучше, чем первая, однако они приписывают это практическому эффекту. Если такое случится, обсудите две возможных причины (разница является либо результатом тренировки, либо изменения фокуса внимания и охранительного поведения) и запланируйте эксперимент, чтобы проверить обе гипотезы. Представленная ниже стенограмма отражает это:

Пациент: *Но это потому, что я сделал это во второй раз, я к этому просто привык.*

Терапевт: *Хорошо, это верно подмечено, и мы определенно можем много практиковаться в таком случае. Но было нечто, что вы делали по-разному с вашим фокусом внимания во время двух бесед. Таким образом, это могло быть результатом тренировки, но это могло быть следствием того, что вы делали с вашим фокусом внимания. Кажется, это важно проверить, не так ли? Итак, можем ли мы провести еще одну беседу, на этот раз переключая фокус внимание снова на себя и на то, как вы выглядите? Если разница объясняется практикой, значит вы будете чувствовать себя еще лучше, ведь это будет уже третий раз как вы делаете это. Но если дело в фокусе внимания, это будет снова вызывать трудности. Как думаете, есть ли смысл в том, что я говорю?*

Обычно люди не желают вступать в это третье социальное взаимодействие, снова концентрировать внимание на себе и использовать охранительное поведение. Это само по себе свидетельствует о том, что улучшение вряд ли является результатом тренировки. Тем не менее, мотивируйте молодого человека провести дополнительный эксперимент с тем, чтобы они смогли

вновь убедиться на собственном опыте в последствиях направленного на себя фокуса внимания и охранительного поведения в сравнении с состоянием “быть в потоке”.

“Я не хочу это делать”

Большинство молодых людей осознают, что рано или поздно им придется начать сталкиваться с социальными ситуациями, тем не менее время от времени молодые люди неохотно вовлекаются в эксперимент. Такая ситуация возникает особенно часто, когда молодой человек предупрежден об эксперименте заранее. В этом случае, он скорее всего провел неделю в беспокойстве и приходит на сессию чрезмерно встревоженным. Вот почему мы впервые говорим об эксперименте на Сессии 2, непосредственно перед тем, как его проводим, а не раньше. Иногда молодые люди и здесь сопротивляются принимать участие. В таком случае, сначала имеет смысл проверить уровень тревоги, вызываемый данной ситуацией, поскольку он может быть слишком высоким. Вам может понадобиться переиграть изначальные планы, чтобы сделать эксперимент выполнимым (постарайтесь найти ситуацию, которая вызывает умеренную тревогу, примерно 5/10). Во-вторых, напомните молодому человеку, что беседа непродолжительная и что вы будете постоянно рядом. В-третьих, пересмотрите концептуализацию, чтобы убедиться, что молодой человек имеет отчетливое понимание модели и целесообразности ее проверки. В-четвертых, уточните специфические опасения, которые могут удерживать молодого человека от участия в эксперименте и обсудите их. Например, одна молодая девушка, испытывала особенно тревогу в ситуациях социального взаимодействия с лицами противоположного пола. Когда мы выяснили это, в качестве помощника была приглашена женщина. При том, что ситуация все также вызывала тревогу, она была по силам, и потому мы продолжили эксперимент.

ГЛАВА 6. ВИДЕО- И АУДИО- ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ

Эмма Уорнок-Паркес, Дженнифер Уайлд, Ричард Стотт, Ник Грей, Анке Элерс и Дэвид М. Кларк¹

Видео-обратная связь является ключевым компонентом КТ-СТР-П. Это метод, ориентированный на настоящее время, который направлен на то, чтобы помочь молодым людям получить более реалистичное представление о том, как они выглядят для других, обратить внимание на то, как их охранительное поведение выглядит для других, и обновить искаженные негативные представления о себе. Видео-обратная связь оказывает положительный эффект как в работе со взрослыми (McManus et al., 2009, среди прочих), так и с молодыми людьми (Parr & Cartwright-Hatton, 2009). Например, Парт и Картрайт-Хаттон (2009) исследовали влияние видео-обратной связи среди подростков с высокой социальной тревожностью. Молодые люди, получившие видео-обратную связь после разговора, оценивали свою работу значительно лучше, чем те, кто не получил обратной связи. Они также сообщили о меньшем беспокойстве и лучших оценках своих действий в последующем разговоре.

Видео-обратная связь используется различными способами во время курса КТ-СТР-П. Она используется в кабинете и при проведении поведенческих экспериментов в реальном мире. Хотя все предыдущие сеансы будут записаны на видеопленку, первый раз видео-обратная связь вводится и используется в сеансе 3 после манипуляции с охранительным поведением и эксперимента с концентрацией внимания на себе. В сеансе 3 видео-обратная связь двух социальных взаимодействий используется, чтобы помочь молодым людям сравнить свои прогнозы о том, как они будут себя вести и выглядеть, с тем, как это было в реальности.

Первый урок для молодых людей из этого эксперимента состоит в том, что фокус внимания на себе и охранительное поведение не помогают справиться с проблемой, а делают хуже. В частности, они имеют тенденцию усиливать тревогу, затруднять концентрацию внимания на взаимодействии и предоставлять молодым людям более широкий доступ к внутренней информации (негативным образам и чувствам), которые заставляют их думать, что они воспринимаются другими людьми хуже, чем есть на самом деле.

¹ Эта глава является выдержкой из статьи Warnock-Parkes et al (2016), в которой подробно описывается видео обратная связь. Полный текст, который также включает фотографии и ссылку на иллюстративное видео, доступен по адресу <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.007>

Дополнительные моменты, которые молодые люди часто узнают из просмотра видео, включают в себя: 1) что они справляются лучше, чем они думают, в обоих условиях; 2) некоторые аспекты их поведения, которые им не нравятся, являются непреднамеренными, наблюдаемыми последствиями их охранительного поведения, а не внутренней чертой их самих. При использовании в других случаях в терапии видео-обратная связь имеет аналогичную функцию. Это также очень хороший способ помочь молодым людям обнаружить, что они в меньшей степени являются объектом критического внимания других людей, чем они думают.

При использовании обратной видеосвязи необходимо обращать внимание на то, как установлена видеозапись, как молодой человек заранее подготовлен к просмотру видеозаписи и как видео впоследствии просматривается и обсуждается. При должном внимании к каждому из этих аспектов часто удается преодолеть существенные искажения процесса обработки информации, которые мешали социально тревожным подросткам преодолеть свое негативное восприятие до того, как они приступили к терапии.

6.1. Настройка записи

Использование видеокамеры

Как описано в главе 4, видеозапись является рутинным аспектом терапии, а не чем-то, что просто вводится время от времени для обратной видеосвязи. Помимо того, что видео становится менее навязчивым, регулярная запись всех сеансов позволяет извлечь выгоду из незапланированных терапевтических событий, которые могут быть чрезвычайно информативными. Например, при разговоре на какую-то тему на сеансе подростки могут спонтанно упомянуть, что они чувствуют, что сильно покраснели, запаниковали, заикались или говорили глупости. В каждом случае их можно попросить указать, как, по их мнению, они выглядели или звучали, прежде чем сравнивать их предсказание с тем, что было снято на видео. Подобный процесс можно применить и к поведению терапевта. Например, молодой человек может чувствовать, что для того, чтобы быть принятым, он должен всегда в совершенстве владеть своей речью. Зная об этом убеждении, психотерапевт может сделать паузу на середине предложения, прежде чем продолжить, или начать одно предложение, а затем перейти к другому, не закончив первое. Скорее всего, подросток вряд ли заметил это и будет удивлен, обнаружив, что это произошло. Просмотр видеозаписи с психотерапевтом впоследствии помогает подростку увидеть, что потеря беглости речи не имела никакого реального значения, хотя молодой человек чувствовал бы, что это была серьезная социальная ошибка, если бы он сделал это сам.

Одна из главных целей видео-обратной связи — дать возможность молодым людям увидеть свое поведение в контексте. По этой причине при видеосъемке общения лучше всего показывать обоих людей во взаимодействии, а не увеличивать масштаб подростка. Последнее, как правило, затрудняет подростку избегание чувства неловкости при последующем просмотре видео, а также препятствует пониманию истинной значимости поведения. Например, молодые люди, обеспокоенные ёрзанием, могут заметить, что их руки или ноги двигаются при приближении кадра, и подумать, что это указывает на то, что они суетятся. Однако на увеличенном снимке они, скорее всего, увидят, что другой человек двигается в той же степени.

Важно выявить основные проблемы подростков, прежде чем создавать видео, поскольку знание об этих проблемах может иметь последствия для способа создания видео. Хотя все сеансы будут записаны на видеопленку и согласие будет получено на первом сеансе, существует особый способ, которым осуществляется видео-обратная связь, которая используется в открывающей сессии и который будет использоваться впоследствии в видео-обратной связи. Важно, чтобы видео давало человеку максимальную возможность заметить, что его беспокойство чрезмерно. Например, для молодых людей, которые беспокоятся о покраснении, важно иметь цветовую диаграмму или другие объекты в поле зрения, которые показывают различные оттенки красного. Это обычно не объясняется молодому человеку заранее (так как это сделало бы его чрезмерно застенчивым). Однако, если они чувствуют, что краснеют во время записи, их впоследствии можно попросить указать на оттенок красного, который, по их мнению, соответствует румянцу. Они неизменно указывают на гораздо более темный оттенок, это выступает очень наглядным способом помочь им обнаружить, что их румянец менее яркий, чем они чувствуют. Основные проблемы могут быть выявлены путем прямого опроса в Сессии 1 при разработке персонализированной версии модели и путем проверки SCQ.

Поведенческие эксперименты, проводимые вне кабинета, но в общественном месте, могут быть легко записаны на смартфон, планшет или другую бытовую камеру, так что видео-обратная связь может быть использована для повышения ценности этих упражнений. Принципы настройки и просмотра таких видео вне кабинета, по существу, те же, что и для видео в кабинете.

Другие люди, участвующие в социальных заданиях

Во время курса КТ-СТР-П социально тревожные подростки, скорее всего, будут иметь множественные взаимодействия с другими людьми на сеансах терапии (беседы с незнакомцем, презентация для небольшой аудитории и т. Д.). Помимо просмотра видео таких взаимодействий со своим терапевтом, молодые люди также могут извлечь выгоду из письменной обратной связи

от других участников («подставных») во взаимодействии. Как объяснено в описании эксперимента по сконцентрированному на себе вниманию и безопасному поведению в [Главе 5](#), для того чтобы эта обратная связь содержательно отражала повседневную жизнь, важно, чтобы “подставные” лица не были информированы о личных страхах подростка, поскольку это не будет информацией, которой другие люди будут обладать в рутинном разговоре. Приглашенных участников поощряют относиться к молодому человеку как к любому другому человеку, с которым они встретятся в жизни вне сеанса терапии, а не как к кому-то, кого они пытаются тщательно изучить особым образом, отличным от обычного.

6.2. Подготовка к просмотру видео

Выявление прогнозов подростков перед просмотром

Перед просмотром видео важно определить предсказания молодого человека о том, что, по его мнению, он увидит, и попросить его показать, как это выглядит. Это дает ему максимальную возможность увидеть разницу между его самоощущением и реальностью.

Молодых людей просят оценить (по шкале от 0 до 100) в какой степени, по их мнению, произошло самое страшное для них («Как вы думаете, насколько тревожным вы выглядели?»), «Насколько скучным?», «До какой степени, по-вашему, вы потели?» и т. д.) и указать, как, по их мнению, это будет выглядеть. Они должны быть как можно более конкретными. Например, если кто – то говорит: «Я буду выглядеть просто ужасно», мы хотели бы получить более конкретное описание того, как, по его мнению, он будет выглядеть на видео, чтобы это можно было сравнить с реальным видеоизображением.

Для таких вещей, как дрожь, покраснение, потливость подмышек, снижение беглости речи, полезно попросить человека продемонстрировать на видео, как, по его мнению, это выглядело, чтобы это можно было сравнить с тем, как это выглядело на самом деле в оригинальной видеозаписи. Например, намеренно потряхивая рукой или губами, указывая на соответствующий оттенок красного в цветовой диаграмме, указывая на размер пятна пота или воссоздавая паузу. После того, как предсказания молодого человека были четко сформулированы, часто полезно попросить его закрыть глаза и создать свое собственное внутреннее видео, визуализируя, как, по его мнению, он будет выглядеть. Иногда также полезно попросить молодого человека написать короткие заметки о том, как, по его мнению, он будет выглядеть.

Обеспечение беспристрастного режима просмотра

Молодым людям свойственно повторно переживать некоторые из своих тревожных чувств во время просмотра видео. Эти чувства могут повлиять на их восприятие видео. Например, если они чувствуют дрожь, они могут увидеть дрожание в видео, которое не было бы замечено другими. Чтобы обойти эту проблему, мы объясняем молодым людям, что то, как человек выглядит и как он себя чувствует, может быть не одним и тем же, но это невозможно обнаружить, если эти пункты не разделены. Для этого молодых людей просят смотреть на себя в ролике так, как будто они смотрят на незнакомца, делая только выводы о том, как они выглядят, используя то, что они видят и слышат на видео, игнорируя свои чувства. Чтобы помочь им сделать это, мы можем предложить им представить, что они смотрят телевизионное шоу, и при обсуждении видео с терапевтом называть себя «этим человеком» или называть себя другим именем.

Некоторые молодые люди повторно переживают чувства из социально травмирующих воспоминаний (например, когда над ними смеялись или издевались) во время просмотра видео. Эти чувства также могут исказить их восприятие видео. Если терапевт и молодой человек заметили эту проблему, молодого человека можно попросить специально искать в видео вещи, которые несовместимы с прошлой социальной травмой, чтобы помочь им четко различать тогда и сейчас. Например, сосредоточенность на всем, что касается текущих людей, с которыми они взаимодействуют, отличается от людей, с которыми они имели травматический опыт.

Некоторые люди обнаруживают, что очень трудно не включить свой привычный самокритикующий тон, наблюдая за собой. После обсуждения того, как это может отвлечь их от того, что на самом деле происходит на видео, может быть полезно попросить их смотреть видео с более сострадательной позиции, возможно, как если бы они смотрели на близкого друга или кого-то, кого они любят и уважают. Их можно попросить вспомнить последний раз, когда они разговаривали с этим другом, и подумать о том, как бы они наблюдали за своим другом:

Терапевт: *Как вы слушаете, когда говорит ваш друг Алекс? Вы в потоке того, что он говорит, или вы увеличиваете масштаб того, как он говорит каждое слово, и спрашиваете себя: «Насколько уныло звучит Алекс?», «Насколько странно он выглядит?» [используйте собственные убеждения молодого человека]*

Пациент: *(смеется) Нет! Я просто в потоке того, что он говорит.*

Терапевт: *Хорошо, мы хотели бы, чтобы вы наблюдали за людьми на видео таким же образом.*

Некоторые люди обнаруживают, что, когда они слышат звук собственного голоса, это автоматически провоцирует самокритичные комментарии, которые обычно возникают у них в социальных ситуациях. Если человек очень самокритичен, чтобы предотвратить активацию этого режима сразу после запуска видео, может быть полезным посмотреть первые 30 секунд или около того, с выключенным звуком. Это поможет им увидеть, что они выглядят так же нормально, как и все остальные на видео. Когда звук затем включается, они находятся в более подходящем когнитивном состоянии. Подобный маневр может быть использован для людей, которые очень критично относятся к своей внешности и которым трудно смотреть на что-либо еще в видео. Для этих людей терапевт может сначала прикрыть изображение молодого человека и позволить ему сосредоточиться на том, как другие люди реагируют на него. Через минуту или около того изображение также можно открыть.

Существует риск того, что люди могут избирательно увеличивать себя, ища любое несовершенство вместо того, чтобы наблюдать за взаимодействием в контексте. Чтобы обойти это, терапевт может сказать что-то вроде: «Представьте, что вы заходите в кафе и видите разговор, посмотрите на всю группу, а не только на одного человека.»

6.3. Просмотр и обсуждение видео

Как только молодой человек четко сформулировал негативное представление о себе и тщательно подготовился к просмотру видео, терапевт и подросток смотрят его вместе. Иногда вся запись сразу просматривается целиком. Для очень самокритичных подростков может быть полезно сделать паузу в начале просмотра, чтобы проверить: «Вы наблюдаете за собой, как вы бы наблюдали за кем-то другим, или вы наблюдаете за собой, как ваш худший критик? Вы смотрите на других людей и на то, как они реагируют, также как на себя?»

Обратная перемотка видео, для фиксации ключевых моментов.

После того, как видео было просмотрено полностью, может быть очень полезно перемотать видео назад, чтобы посмотреть на определенные моменты, которые имеют значение для человека. Например, перемотка назад к тому моменту, когда они думали, что у них приступ паники; когда думали, что они надолго замирали; выглядели особенно встревоженными; выглядели беспокойными или чувствовали, что потеют. Затем их можно попросить сравнить то, как они выглядели в тот момент, с их ожиданиями. Другие полезные вопросы могут включать: «Кажется ли, что другой человек что-то заметил? Они реагируют так, будто увидели большую ошибку? Люди на экране заметно отличаются друг от друга? Другой человек тоже двигает ногами и ерзает?»

Если бы инопланетянин смотрел на это, подумал бы он, что один из этих людей выглядит действительно странно?» Поскольку терапевт будет знать о собственных представлениях подростка о себе, а также о том, как он на самом деле себя вел, точный выбор вопросов будет определяться целью терапевта помочь молодому человеку увидеть, какие аспекты его представления о себе искажены.

Получение представления о том, какое впечатление производит охранительное поведение на других людей

Подростки часто не осознают, каким образом их охранительное поведение представляется другим людям. Видео-обратная связь дает им идеальную возможность получить представление, которое, в свою очередь, может помочь мотивировать их отказаться от охранительного поведения. Например, молодой человек, обеспокоенный тем, что его одноклассники могут увидеть, как его рука дрожит во время питья, часто поворачивался к ним спиной, прежде чем сделать глоток. Это помогало ему чувствовать себя менее неловко и поэтому казалось хорошим способом справиться с ситуацией, пока он не увидел, как это выглядит на видео. Затем он понял, что это кажется странным и, возможно, сообщает его друзьям, что на самом деле они его не интересуют, тогда как на самом деле все было точно наоборот. Поскольку отвернуться было намеренной стратегией, он мог выбрать не делать этого в будущем. Точно так же молодая девушка, обеспокоенная тем, что другие люди могут подумать, что она глупая, обычно просматривала заранее подготовленный список тем во время разговора. И тем самым отвлекалась от самого разговора, мысленно отслеживая, как, по её мнению, она справляется. Просмотрев видео, она поняла, что у нее создалось впечатление, что она не интересуется другими людьми и просто читает им лекцию. Это было противоположно тому впечатлению, которое она хотела создать, поэтому она поэкспериментировала с тем, чтобы просто говорить то, что приходило ей в голову, и спонтанно реагировать на то, что говорили люди. Когда она увидела это на видео, то поняла, что отказ от своего охранительного поведения позволил ей общаться с другими в открытой и дружелюбной манере, которую она хотела продемонстрировать.

Сравнение рейтингов до и после просмотра видео

Ключевой аспект обратной связи с видео включает в себя сравнение оценок молодых людей о том, как они думали, что они будут выглядеть, с тем, как они на самом деле выглядели, после просмотра видео. Это сравнение обычно включает в себя рассмотрение всех конкретных прогнозов, которые сделал молодой человек. Первоначальные оценки 0–100, которые молодые

люди сделали до просмотра видео, сравниваются с их оценками тех же проблем (выглядят обеспокоенными, звучат скучно и т. д.) После того, как они посмотрели и обсудили видео. Для облегчения сравнения строится таблица из двух столбцов. После того, как расхождения были сведены в таблицу, молодого человека спрашивают:

Терапевт: *Что вы замечаете, когда мы сравниваем эти два набора оценок?*

Пациент: *Я выгляжу намного лучше, чем думала. Я выгляжу нормально, не так уж и напугана, хотя и чувствовала себя так.*

Терапевт: *Даже несмотря на то, что вы чувствовали это внутри, верно?*

Пациент: *Да, это правда.*

Терапевт: *Итак, что это говорит нам о том, насколько можно увидеть беспокойство?*

Пациент: *Может быть, это не так заметно. Возможно, я выгляжу нормально.*

Терапевт: *Итак, если люди не могут видеть ваши чувства, стоит ли использовать их как способ оценки того, как вы выглядите?*

Пациент: *Нет, я думаю, что нет.*

Терапевт: *Это звучит как действительно важная вещь для нас, не так ли? Поэтому в следующий раз, когда вы окажетесь в социальной ситуации и почувствуете, что вам плохо, вы, возможно, захотите вспомнить картину того, что вы на самом деле видели на видео.*

Получение обратной связи от других людей

Может быть очень полезно дополнить просмотр видео отзывами других людей, которые участвовали во взаимодействии. Как описано выше, это делается обычно для эксперимента со сконцентрированным на себе вниманием и охранительным поведением. В форме обратной связи на первой странице приглашенные лица, как правило, дают конкретные комментарии, которые позволяют понять, что они были заинтересованы молодым человеком и многое заметили в нем. Но то, что они заметили, было в основном связано с темой разговора, а не с конкретными страхами, которые были у молодого человека (например, «моя губа дрожала»). Вторая сторона охватывает конкретные прогнозы подростка (например, «Я буду звучать скучно»), и обычно оценки приглашенных лиц похожи на оценки молодого человека после просмотра видео, но иногда приглашенное лицо еще более позитивно. Когда это происходит, может быть полезно обсудить с подростком, почему приглашенное лицо могло быть более позитивно: *«Возможно ли, что на ваши оценки все еще частично влияют ваши чувства. Это может быть информация, которой больше ни у кого не могло быть».*

Терапевты на свое усмотрение принимают решение, будет ли полезно дополнить видео-обратную связь обратной связью от других. Чаще всего мы представляем отзывы других людей после того, как молодые люди получили возможность просмотреть и обсудить свое видео, и это, по сути, используется как способ дальнейшего подтверждения выводов, к которым они уже пришли. Однако, если обратная связь очень позитивная, и терапевт считает, что самокритика подростка может затруднить им объективный просмотр видео, может быть полезно сначала показать обратную связь другого человека. Это помогает установить другой мысленный настрой для просмотра видео.

Фиксация момента опровержения и закрепление усвоенного

Цель видео-обратной связи состоит в том, чтобы помочь подросткам увидеть, что они представляются другим гораздо лучше, чем они думают. В видео есть некоторые моменты, которые иллюстрируют этот момент более четко, чем другие. Поскольку видео – это движущееся изображение, эти моменты могут довольно быстро входить и выходить из сознания. Отличный способ преодолеть эту проблему – запечатлеть момент подтверждения в виде неподвижного изображения. Это можно сделать либо сделав снимок с видео, либо сделав отдельную фотографию. Последнее особенно полезно в поведенческих экспериментах вне кабинета. Например, молодой человек сообщил, что чувствует себя неловко, когда идет по улице, даже когда не взаимодействует с другими людьми. Он думал, что будет выглядеть так, как будто съезжился, он будет «белой вороной», и люди будут смотреть на него враждебно. Он согласился со своим психотерапевтом проверить это, пройдя через оживленный торговый центр. Терапевт сопровождал его и незаметно фотографировал на его мобильный телефон. Изображение опровергло его опасения: он стоял высокий и прямой, вписывающийся в толпу покупателей, ни один из посетителей не проявлял к нему негативное или враждебное отношение. Он сохранил изображение на своем мобильном телефоне.

Фотографии с участием других людей, может быть полезным способом, чтобы показать молодому человеку, что он боялся проблем (я был скучным, я выглядел потным, я выглядела неустойчивой, мне было нечего сказать) которые были не так заметны окружающим, как он думал, или что даже если кто-то их заметил, то не реагировал негативно, чего молодой человек боялся. Фиксация этих фактов опровержения может иметь сильный эффект, когда подросток чувствует, что его опасения реализовались естественным образом (например, он забыл, что говорил, и естественно покраснел на полуслове). Это также может быть полезно для экспериментов по декатастрофизации, когда молодые люди целенаправленно выполняют “опасную” задачу, чтобы выяснить, реагируют ли другие так, как они ожидают (например, мочат водой подмышки, чтобы

создать видимость потливости, или целенаправленно трясут руками при разговоре с незнакомцем). Это может помочь молодым людям осознать, что они в гораздо меньшей степени являются объектом критического внимания других людей, чем они изначально думали.

Фото также могут быть прекрасным способом поймать моменты, когда молодые люди осознают, что они справляются гораздо лучше, чем говорят им их чувства и самовосприятие (например, я выгляжу пунцово-красным, паникующим, у меня широко раскрытые испуганные глаза). Например, подросток сообщила, что почувствовала, что покраснела на 80%, когда выступала с презентацией перед небольшой аудиторией во время своей терапии. Перед просмотром видео ее попросили выбрать оттенок красного, до которого она покраснела в этот момент, используя цветовую диаграмму. Когда мы сняли изображение с видео, в тот момент, когда она почувствовала, что покраснела на 80%, цвет, который она выбрала из цветовой диаграммы, мы поместили рядом с этим изображением, обеспечивая четкое опровержение ее убеждению. Затем мы сделали второе изображение: оно содержало кадры, снятые с видео в самый худший момент для подростка (когда она почувствовала, что покраснела) и расположенный рядом цвет, в который она, по своему предсказанию покраснела. Она хранила эту фотографию на своем мобильном телефоне и смотрела на нее в течение недели всякий раз, когда чувствовала, что краснеет, как напоминание о том, что «Мои чувства не так заметны, как я думаю».

Контраст между двумя изображениями, отражающими, как подростки чувствуют себя и как они на самом деле выглядят может показаться объективному наблюдателю очевидным. Однако, для некоторых подростков, которые вновь испытывают сильную тревогу и/или им трудно отключить свою привычную самокритику при просмотре изображений, может быть трудно воспринимать подобные контрасты. Хотя они будут очевидны для других людей, которые не испытывают таких чувств и им не присущ такой уровень самокритики. В этих случаях мы иногда находили полезным отредактировать изображение, удалив идентифицируемые черты подростка и выделив только ту часть, которая его больше всего беспокоила (например, показывая часть их щеки, которая, как он чувствовал, стала ярко-красной; его улыбка, которая, как он чувствовал, выглядела как гримаса; его подмышка, которая, как он полагал, была мокрой от пота и т. д.). Этот отредактированный кадр из видео можно затем сравнить с визуальной калибровкой, полученной перед просмотром. Удаление идентифицируемых черт молодого человека может помочь предотвратить проекцию его чувств и самокритики на образ, а также помочь ему осознать контраст между своим самовосприятием и реальностью.

Захват двух неподвижных кадров из видео в разные моменты времени также может быть еще одним способом проиллюстрировать, что внутренние чувства подростков были не так

заметны, как они думали. Например, один молодой человек стал чрезвычайно сосредоточенным на себе во время беседы с приглашенным лицом в терапии. В этот момент он был очень встревожен и беспокоился, что его лицо выглядит странно. Он и его терапевт смогли выделить момент на видео, а также запечатлеть кадр из другой части разговора, когда он не чувствовал особой тревоги и был преимущественно сосредоточен на происходящем общении. Молодой человек был поражен, обнаружив, что не видит никакой разницы между этими двумя изображениями. Это помогло ему понять, что его чувства в значительной степени являются его личными.

Создание копинг-карточки из кадра

Для выделения ключевых принципов, соответствующих когнитивной концептуализации социальной тревожности молодого человека, и для закрепления и обобщения знаний, молодой человек, и терапевт могут добавить какой-то емкий текст для изображений, полученных из видео (например, «я чувствовал себя на 80% тревожно, но я не выгляжу так – мои чувства не видно», «я переживал, что другие люди будут смеяться надо мной, но они были дружелюбны, это показывает мне что меня принимают»). Добавление некоторых ключевых моментов обучения в собственные слова молодого человека, написанные от руки на печатной копии или напечатанные на электронном изображении, которое можно сохранить на смартфоне или планшете, может послужить мощной копинг-картой, которую подросток может использовать в качестве напоминания в следующий раз, когда он попадет в стрессовую ситуацию.

Повторение того, как они выглядят на видео

Негативные образы себя часто являются привычными и повторяющимися. Для некоторых людей может быть полезно намеренно вызвать в памяти картины того, как они на самом деле выглядели на видео, когда они проявляли беспокойство, чтобы они могли противодействовать своим привычным негативным представлениям о себе. Они также могут напомнить себе, как они выглядят, прежде чем оказаться в стрессовой ситуации.

ГЛАВА 7. ТРЕНИРОВКА ВНИМАНИЯ

Молодые люди с социальной тревожностью обычно сосредоточены на себе. Первые сеансы КТ-СТР-II (разработка персонализированной модели, проведение эксперимента по сконцентрированному на себе вниманию и охранительному поведению, а также просмотр видеозаписи эксперимента) продемонстрируют, что тенденция сосредотачиваться на себе, на том, как они себя чувствуют, и на том, как им кажется они справляются, непродуктивна. Следующий шаг в КТ-СТР-II состоит в том, чтобы помочь молодому человеку переключиться на внешний фокус. Для этого есть две причины. Во-первых, сосредоточенность внимания вовне снижает тревогу в целом. Во-вторых, это также позволяет человеку получать информацию о том, как он на самом деле справляется, а не о том, как он себе это представляет. Просто проинструктировать молодого человека сосредоточить внимание вовне редко бывает достаточно, и поэтому требуется сессия обучения. Прежде чем начать, терапевт и молодой человек должны договориться о том, почему полезно сосредоточиться вовне.

В ходе терапии мы замечаем два вида внешне сконцентрированного внимания, на которые терапевт обратит внимание для различных целей. Одна форма – сконцентрированное вовне оценочное внимание, а другая – сконцентрированное вовне безоценочное внимание. Сконцентрированное вовне оценочное внимание используется в поведенческих экспериментах, когда молодой человек намеренно проверяет страшные предсказания. В поведенческих экспериментах молодому человеку предлагается активно наблюдать за социальным взаимодействием, чтобы выяснить, как на самом деле ведут себя люди и были ли их предсказания верными. Сконцентрированное вовне оценочное внимание включает в себя пристальное внимание к тому, что происходит в социальной среде, наблюдение за происходящим и намеренный сбор подсказок о ситуации, других людях и их реакциях.

Сконцентрированное вовне безоценочное внимание предполагает поглощенность социальным взаимодействием без оценки себя или своих результатов. Такие фразы, как «потерять себя в разговоре», «быть в моменте» и «потеряться в здесь и сейчас», хорошо описывают внимание этого типа. Молодые люди, не испытывающие социальной тревоги, обычно таким образом «автоматически» участвуют в социальных взаимодействиях. В терапии внешнее безоценочное внимание продвигается как общая стратегия в социальных взаимодействиях после того, как социально тревожный подросток использовал сконцентрированное вовне оценочное внимание для тестирования своих страшных предсказаний в поведенческих экспериментах. Очевидно, что есть важные различия между двумя типами внешнего внимания, и терапевт захочет определить, какой

из видов и когда лучше всего влияет на ход терапии. Однако, способность концентрировать свое внимание вовне является необходимым условием для обоих типов, и поэтому обучение внешнему фокусу обычно является необходимым первым шагом.

Программа тренировки внимания, которую мы разработали, состоит из одного сеанса, обычно проводимого в сессии 4 протокола КТ-СТР-П. Обучение начинается с относительно легкой задачи, связанной с несоциальными стимулами, вниманием к звукам с закрытыми глазами, и переходит к ситуации, приближающейся к социальному взаимодействию, сидеть лицом к терапевту и читать вслух. Это позволяет социально тревожному подростку освоить навык в обстановке, которая не слишком провоцирует тревогу, прежде чем переносить навык в социальные ситуации.

Важно сказать, что это навык, которому нужно научиться, и поэтому важна повторяющаяся практика. Полезно проводить обучение, когда вы начинаете проводить поведенческие эксперименты. Внешний фокус внимания будет способствовать анализу внешней ситуации, а не себя и своих чувств. Чем больше молодой человек способен делать это в поведенческих экспериментах, тем больше он получит новой информации из социальных ситуаций, что имеет решающее значение для исправления искаженных убеждений и впечатлений.

Хотя в немногих исследованиях непосредственно изучалась эффективность этого компонента обособленно, результаты показывают, что переход к внешнему фокусу внимания является полезным компонентом в общей программе, поскольку он, по-видимому, снижает тревожность и облегчает обработку внешней ситуации. Например, Wells & Papageorgiou (1998) сообщили об эксперименте в одну сессию, в котором социально тревожные люди подвергались воздействию социальных ситуаций, с тренировкой внешнего фокуса внимания и без тренировки. Добавление тренировки по направлению внимания вовне привело к существенному снижению тревожности и сокращению негативных прогнозов по сравнению с одним только воздействием. Похожим образом, два исследования индивидуальной когнитивной терапии со взрослыми с социальным тревожным расстройством показали, что изменения в концентрации внимания на себе способствовали снижению проявленности симптомов (Hedman et al., 2013; Mörtberg et al., 2015).

7.1. Обзор этапов обучения

Молодые люди проходят серию кратких учебных упражнений, в ходе которых им предлагается избирательно обращать внимание на аспекты внешней среды и сравнивать это с короткими периодами концентрирования внимания на себе.

Обычно упражнения вводятся в следующем порядке:

Шаг 1: Звуки (с закрытыми глазами)

Шаг 2: Цвета

Шаг 3: Тени/отражения или текстуры

Шаг 4: Музыка

Шаг 5: Чтение терапевта

Мы находим, что этот порядок работает хорошо, так как обучение движется от менее сложного упражнения, в котором молодой человек концентрируется на звуках вокруг себя с закрытыми глазами, к упражнениям, которые немного сложнее, в которых молодой человек снова концентрируется на несоциальных стимулах, но теперь с открытыми глазами, прежде чем перейти к квази-социальным ситуациям. Однако эти шаги не высечены на камне, и могут быть случаи, когда терапевт отклоняется от этого порядка или повторяет определенные упражнения. Например, если комната в клинике очень тихая, терапевт может решить не выполнять Шаг 1 или, возможно, для этого ему потребуется перейти в другое место (например, в комнату клиники, расположенную ближе к главной приемной, или в сад клиники, если он пуст). Может потребоваться повторить упражнения, если молодому человеку сложно справиться с этой задачей.

Для каждого из этапов цель состоит в том, чтобы молодой человек полностью погрузился в конкретный стимул и сравнил это состояние с тем, как он себя чувствует и как выглядит его окружение, когда он сосредоточен на себе. Просить молодого человека намеренно сосредоточиться на себе и своих проблемах в течение короткого периода времени может послужить полезным контрапунктом к упражнениям, с направленным вовне вниманием, и сделать контраст между ними еще более четким. Также может быть полезно попросить подростка намеренно переключать свое внимание с внутреннего на внешний фокус во время тренировочных упражнений. Например, терапевт может предложить молодому человеку переключать свое внимание каждый раз, когда терапевт стучит по столу. Это дает подростку возможность практиковать произвольное перенаправление своего внимания.

Следующая запись демонстрирует, как терапевт просит молодого человека сосредоточиться на себе. Затем терапевт просит молодого человека, пока он все еще находится в этом режиме обработки, сделать мысленную заметку о том, как он себя чувствует и как выглядит внешний мир.

Терапевт: *Итак, давайте теперь закроем глаза. Переключите свое внимание на себя. Станьте неуверенным в себе. И я хочу, чтобы вы на некоторое время сосредоточили свое внимание на себе. Оставайтесь в своей голове, далеко от*

внешнего мира, и, возможно, когда вы это почувствуете, вы можете поднять палец или что-то в этом роде, просто чтобы я знал.

Отлично. А теперь я просто хочу, чтобы вы сохранили это чувство. Сделайте мысленную заметку, как это чувствуется, насколько безопасно и как в целом, как вы внутри себя чувствуете. Своего рода сканирование чувств, если хотите.

7.2. Подготовка к тренировке

Обычно четвертое занятие начинается с обзора уроков, извлеченных из эксперимента с сосредоточенным на себе вниманием и охранительным поведением, и из эксперимента с видео-обратной связью. Можно определить/ напомнить о двух пунктах. Первое – молодой человек сосредотачивается на себе в социальных ситуациях и использует свои чувства, мысли и впечатления как свидетельство того, как он справляется с ситуацией. Второе – это приводит к чрезмерно негативным оценкам и увеличивает беспокойство. Поэтому важно вместо этого уделять внимание внешней среде в социальных ситуациях. С молодым человеком это можно резюмировать следующим образом:

«Таким образом, мы узнали некоторые действительно важные вещи из наших последних двух сессий. Мы знаем, что сосредоточенность внимания на себе и своих чувствах вводит в заблуждение и может сбить вас с толку в социальных ситуациях. Теперь нам нужно получить больше информации о том, что именно происходит вне вас и что на самом деле происходит в социальных взаимодействиях, вместо того, что вам кажется, может происходить.

Но если мы потеряемся в своей голове, не наблюдая за происходящим, это не поможет, потому что мы не сможем обнаружить новую информацию. Так почему бы нам не потратить немного времени, чтобы настроиться на что-то? Выбраться из своей головы в мир. Как вам это?»

Чтобы уменьшить неловкость молодого человека перед тренировкой внимания, мы считаем полезными следующие стратегии. Во-первых, терапевт объясняет молодому человеку, что он/она будут выполнять упражнения (описанные ниже) вместе с ним. Во-вторых, располагает стулья под углом друг к другу так, чтобы терапевт и молодой человек находились не лицом друг к другу, а в направлении разных углов комнаты. В-третьих, терапевт начинает с упражнения концентрирования на звуках, в котором и терапевт, и молодой человек закрывают глаза. Терапевт

закрывает глаза и полностью принимает участие в упражнениях. Эти моменты могут быть сделаны следующим образом с молодым человеком:

«Если вы хотите устроиться поудобнее, а потом начнём. Просто закройте глаза, и я бы хотел, чтобы вы сначала просто позволили своему вниманию быть там, где оно есть, с закрытыми глазами».

7.3. Инструкции

Шаг 1: Звуки

Как только терапевт и молодой человек закроют глаза, упражнение может начаться:

«Хорошо, давайте попробуем немного отвлечься от наших мыслей? Почему бы нам сначала не попробовать настроиться на звуки? Я бы хотел, чтобы вы закрыли глаза и попытались осознать как можно больше звуков снаружи. Итак давайте сделаем что-то вроде «сканирования слуха». Что это за звуки, которые вы слышите? Посчитайте их, а затем, когда поймете, что учли все, постарайтесь как можно больше погрузиться в каждый звук, один за другим».

Молодые люди вполне могут сначала найти это задание трудным и давать расплывчатые ответы. Терапевт может побудить их внимательнее прислушиваться к каждому звуку, который они слышат, как показано в следующей расшифровке.

Терапевт начинает с того, что спрашивает молодого человека, что он заметил, когда на некоторое время закрыл глаза. Затем он просит молодого человека описать звуки более конкретно, прежде чем терапевт предложит конкретные звуки, которые он сам слышал. Терапевт подсчитывает звуки для молодого человека, поощряя его идентифицировать дальнейшие звуки по мере выполнения упражнения.

Терапевт: Какие звуки вы замечаете?

Пациент: Машины снаружи и что-то в здании.

Терапевт: Итак, машины снаружи...когда вы говорите «что-то в здании», какие звуки вы улавливаете? Это один звук или несколько звуков?

Пациент: Это похоже на звук...несколько вещей, таких как звук, когда люди закрывают двери или двигаются вокруг.

Терапевт: Отлично, так закрывающиеся двери, двигающиеся люди. Можете ли вы заметить фоновый звук типа кондиционера?

Пациент: Да

Терапевт: Хорошо, хорошо, это 4 звука. А что касается автомобилей, слышите ли вы разницу между автомобилями и автобусами?

Пациент: Да, большая разница

Терапевт: Вы можете? Хорошо. Какие-нибудь другие звуки дорожного движения, кроме автомобиля и автобуса?

Пациент: Может быть, какая-нибудь музыка доносится снаружи?

Терапевт: Ага. Итак, музыка. Вы слышали шум мотоцикла?

Пациент: Да

Терапевт: Хорошо. Это 9 звуков, которые мы обнаружили

Пациент: Приближается грузовик

Затем терапевт спросит молодого человека, насколько ему удалось сосредоточить свое внимание вовне. Как видно из приведенной ниже расшифровки, терапевт использует шкалу фокуса внимания Ликерта (в диапазоне от -3 до +3), которая использовалась в сеансе 2 (в [Приложении Н](#)). Это может быть использовано для всех этапов тренировки внимания.

Терапевт: Отлично, хорошо. Давайте просто на мгновение откроем глаза. Хорошо. Как вам это упражнение? Где было ваше внимание в процессе?

Пациент: Большую часть времени я действительно сосредотачивался на звуках снаружи, я определенно выбрался из своей головы и замечал довольно много вещей

Терапевт: И если бы мы смотрели на то, насколько ваше внимание было сосредоточено на звуках снаружи, и насколько было на себе и своих чувствах, где бы вы сделали отметку? Можем ли мы снова использовать эту шкалу? Вот она.

Пациент: Эээ, я бы сказал, около двух

Затем терапевт может попросить молодого человека поделиться своими наблюдениями и размышлениями. Во-первых, спросите молодого человека, что он чувствовал во время упражнения. Почти все молодые люди описывают чувство меньшей тревоги или большего спокойствия, в отличие от чувства тревоги, страха или напряжения, которые они обычно испытывают, когда находятся в своем привычном режиме сосредоточенности на себе. Хотя обычно из того, что говорит молодой человек, очень ясно, что он заметил ощутимую разницу между этими двумя состояниями, иногда может быть полезно попросить их дать оценку по шкале от 0 до 10 того, что они чувствовали в период внешней концентрации, чтобы сравнить с тем, что они чувствуют, когда концентрируются на себе. Это может быть особенно полезно для подростков, которые моложе или менее когнитивно способны. Например, одна девочка в раннем

подростковом возрасте использовала слова «задыхалась и испытывала стресс», чтобы описать, что она чувствовала, когда была сосредоточена на себе, поэтому мы использовали это в ее рейтинговой шкале. Во-вторых, спросите, каким представлялся молодому человеку внешний мир во время упражнения. Многие молодые люди описывают переживание мира как менее подавляющего, менее угрожающего и более реального или целостного, когда их внимание было сосредоточено вовне, по сравнению с тем, когда они были сосредоточены на себе. Здесь снова может быть полезна рейтинговая шкала, использующая собственные слова молодого человека для количественной оценки его впечатления.

Если подросток способен заметить, что мир выглядит по-разному в зависимости от того, на чем он концентрируется, то это важное осознание, поскольку оно иллюстрирует, что самое опасное место на самом деле находится в его собственной голове. В следующей расшифровке терапевт призывает молодого человека сравнить, каким ему кажется внешний мир, когда он сосредоточен на себе, и когда он сосредоточен на внешнем. Затем терапевт помогает ему обозначить различные способы внимания.

Терапевт: *И каким вам тогда казался внешний мир?*

Пациент: *Он показался интересным, там много чего происходило!*

Терапевт: *Казался ли мир угрожающим или опасным местом?*

Пациент: *Нет, вовсе нет, я вроде как чувствовал себя его частью и в безопасности, и все казалось целым, если вы понимаете, что я имею в виду?*

Терапевт: *Ага, так безопаснее, и внешний мир кажется целым? Это звучит совсем по-другому, чем когда вы сосредотачивались на себе, не так ли?*

Пациент: *Да, все казалось таким темным и ужасным*

Терапевт: *Итак, когда вы концентрируетесь на себе, внешний мир кажется темным и ужасным, но когда вы выходите в мир, вы чувствуете себя в большей безопасности и включенности?*

Пациент: *Да, как будто все «в порядке»*

Терапевт: *Это так интересно, не правда ли? Как вы думаете, это похоже на том, что мы могли бы назвать “быть в моменте”*

Пациент: *Да*

Терапевт: *Итак, у нас есть «быть в моменте» и «все мрачно и ужасно». Это противоположности? И если вы попадаете в настоящий момент, все кажется менее темным и ужасным и более целостным или полным? И, как вы сказали, «все в порядке»?*

Пациент: *Да, как будто мне не нужно ничего менять или беспокоиться?*

Терапевт: *Ага, итак этот режим не вызывает беспокойства, и это звучит как гораздо более комфортное место.*

Пациент: *Да*

Терапевт: *Отлично, поэтому я хочу поинтересоваться, можем ли мы теперь сделать еще несколько упражнений, в которых мы поработаем над тем, чтобы вы вышли из этого режима в более неудобный, я- режим, а затем попытаемся вас снова переключить на внешний фокус.*

Шаг 2: Цвета

Этот шаг дает молодым людям возможность раствориться в том, что они видят. Это важно, потому что молодым людям необходимо будет развить способность переключать свое внимание на внешний мир с открытыми глазами. В этом упражнении молодых людей просят сосредоточить свое внимание на том, что они могут видеть, и сосредоточиться на цветах которые они замечают. Терапевт принимает участие в упражнении с молодым человеком. В инструкциях молодому человеку рекомендуется полностью погрузиться в цвета вокруг него, не заботясь о названиях или типах объектов. Терапевт может предложить молодому человеку превратить все, что он видит, в цветовые диаграммы или краски.

Терапевт: *Я бы хотел, чтобы вы нашли как можно больше различных цветов и действительно были поглощены не столько тем, что может быть написано на книгах, или тем, что именно представляют собой объекты, но самими цветами. Как будто вы пытаетесь превратить все в цветные диаграммы. И просто попытайтесь стать настолько вовлечённым, насколько сможете, настолько заинтересованным, насколько сможете, во всех цветах вокруг. Просто обратите внимание на все различные типы цветов, которые существуют. Некоторые цвета выцвели? Яркие ли некоторые цвета? Некоторые из них пастельные, некоторые из них более насыщенные цвета? Кроме того, каковы различные оттенки внутри цвета; разные оттенки красного, разные оттенки синего. Они выглядят выцветшим или ярким?*

Шаг 3: Тени/отражения или текстуры

Шаг 3 предоставляет другую возможность погрузиться в визуальные стимулы. Когда молодые люди проводят некоторое время, концентрируясь на цветах вокруг них, терапевт может побудить их погрузиться в отражения и тени. Их снова просят не концентрироваться на названиях,

типах или цветах объектов, которые они видят, а вместо этого как можно больше концентрироваться на отражениях и тенях, а также тем, как свет падает на объекты в комнате.

Терапевт: *А теперь я бы хотел, чтобы вы, все еще оглядывая комнату, переключились. Я хочу, чтобы вы продолжали смотреть на визуальные объекты, но теперь я хочу, чтобы вы заметили как можно больше отражений и теней. Везде, где вы можете увидеть тень в комнате, где можно увидеть отражение. Свет, отражающийся от чего-то. Будь то пластиковый корешок книги, или зеркало, или светильник, и просто позвольте отражениям, свету и тени поглотить вас. Не обращайтесь внимание на цвет - нам важен только свет, тени и отражения.*

Инструктируя молодого человека сосредоточиться на текстурах, терапевт может предложить:

«Обратите внимание на поверхности вокруг вас. Некоторые могут быть шершавыми, некоторые гладкими. Другие могут быть бугристыми или шероховатыми. Не обращайтесь внимания на то, что это за объекты или цвета, нам важны текстуры.»

Шаг 4: Музыка

Мы просим молодых людей выбрать музыкальное произведение со своего мобильного телефона или устройства. Когда играет музыка, их инструктируют постоянно переключать свое внимание между музыкой и собой, своими тревогами каждый раз, когда терапевт указывает, например, стуком по столу. Затем мы можем попросить молодого человека выбрать один инструмент или вокал и уделить внимание только ему. Затем они могут поиграть с переключением между различными инструментами.

Шаг 5: Чтение терапевтом вслух

На шаге 5 терапевт читает вслух молодому человеку. Терапевт объясняет, что он хотел бы, чтобы молодой человек переключал свое внимание между повествованием и своими мыслями и тревогами.

Терапевт: *Я немного почитаю, а пока я буду читать первые пару абзацев, я бы хотел, чтобы вы просто погрузились в то, как я их читаю, в то, о чем идет речь, в тон моего голоса. А потом, через пару абзацев, я сделаю вот так, и продолжу читать, но я бы хотел, чтобы вы погрузили свое внимание вовнутрь, потерялись в своей голове.*

7.4. Ключевые моменты обучения

«Самое страшное место – в твоей голове»

Важный момент, который молодые люди часто улавливают и который переключается с тем, что они узнают в “эксперименте с концентрацией внимания на себе и охранительным поведением”, заключается в том, что часто самое страшное место - в их голове. Молодые люди часто говорят, что это полезная «мантра», которая может напомнить им отойти от негативных мыслей и сосредоточиться на себе и переключиться на внешний фокус. Нам следует напомнить молодому человеку, что сосредоточенное на себе мышление само по себе не бесполезно. Терапевт может помочь молодому человеку понять, что бывают моменты, когда он сосредоточен на себе, чтобы участвовать в конструктивном мышлении и принятии решений, и что это будет полезно. Однако они отличаются от тех ситуаций, когда он сосредоточен на себе, пытаясь сделать что-то еще, например, сосредоточиться на уроке или принять участие в разговоре. Следующая стенограмма демонстрирует, как терапевт объясняет этот момент молодому человеку:

Терапевт: *Так что же здесь неудобного? Это мир или ваша голова?*

Пациент: *Да, твоя собственная голова.*

Т: *Да, это действительно выглядит таким образом, не так ли? И, конечно, иногда нам нужно делать выбор и принимать решения. Но полезно ли думать о них, когда вы вовлечены в другие занятия, или стоит думать о них, когда вы собираетесь думать о них на 100%?*

П: *Лучше подумать о них, когда действительно придет время. Принять решение, а не позволять вещам кружиться у тебя в голове.*

«Выбраться из своей головы и оказаться здесь и сейчас».

Связанный с этим момент обучения заключается в том, что смещение внимания может изменить негативные чувства и восприятие. Идея здесь заключается в том, что молодого человека ждет интересный и богатый мир, если он сможет принять в нем участие. Здесь терапевт объясняет этот момент молодому человеку:

И переживания о чем-то, когда вы на самом деле не концентрируетесь на этом, только отделяют вас от мира, заставляет вас чувствовать себя беспокойно и некомфортно? Поэтому, если вы замечаете, что чувствуете себя неудобно, тогда, я думаю, вы могли бы спросить себя, действительно ли сейчас подходящий момент, чтобы посидеть и подумать о моем будущем? Или я просто хожу вокруг да около? В таком случае, почему бы мне не заняться чем-нибудь более интересным, тем, что происходит здесь и сейчас. Потому что,

мы, обнаружили в наших экспериментах то, что, когда мы действительно выходим из нашей головы и попадаем в здесь и сейчас, все часто становится более удобным и более интересным. Как здорово это выяснить! И как здорово, что, просто изменив свое внимание, мы можем изменить свои чувства и свою точку зрения.

Определение и маркировка сигнала для переключения внимания

После выполнения упражнений будет важно помочь молодому человеку выбрать легко заметный сигнал, чтобы переключить свое внимание вовне. Это может быть чувство или ощущение, но часто молодым людям легче использовать физическое ощущение, например, одна девушка сказала, что заметила, что она становится сосредоточенной на себе, когда чувствует давление в груди. Следующая расшифровка демонстрирует, как терапевт помогает молодому человеку выбрать сигнал:

Терапевт: *Так что же выступает сигналом? Как вы собираетесь определить свое состояние, как заметите, что наступил момент для действия: «Сейчас я буду выходить в мир»?*

Пациент: *Как знак того, что я застрял в своей голове?*

Терапевт: *Хорошо, значит, это похоже на «я застрял в своей голове»? Какой признак того, что вы застряли в своей голове?*

Пациент: *Это похоже на чувство здесь, в моей груди, я думаю.*

Терапевт: *Расскажите мне немного больше об этом, на что это похоже?*

Пациент: *Как будто на нее давит рука, оно кажется каким-то тяжелым и тугим.*

Терапевт: *Хорошо, отлично. Таким образом, вы ловите себя на том, что чувствуете стеснение и тяжесть в груди, и замечаете, что «застреваете в голове». Иногда нам нужно подумать о некоторых вещах, но, похоже, бывают моменты, когда это не так полезно, и мешает вам быть здесь и сейчас. Итак, сначала давайте определим, обозначим это сигнал, и маркер звучит как «Я застрял в своей голове» и «Я чувствую это в своей груди».*

Разработка плана действий

Затем терапевт и молодой человек могут разработать четкий пошаговый план действий, чтобы помочь молодому человеку переключить свое внимание, как только он заметит, что становится застенчивым:

Терапевт: *А затем, как вы думаете, что вы будете пытаться предпринять в этот момент?*

Пациент: *Я думаю, что лучше всего закрыть глаза. Иногда вы не можете этого сделать в общественных ситуациях. Я не думаю, что это будет выглядеть очень хорошо в классе! В большинстве ситуаций это было бы лучшее что стоит сделать, но также я могу сосредоточиться на звуках или чем-то еще.*

Терапевт: *Я думаю, что вы можете сделать это, не закрывая глаза.*

Пациент: *Особенно в школе. Очень легко слушать разговоры других людей, то, что говорит учитель, и все такое. А потом концентрироваться на цветах, а потом, я думаю, на отражениях. Не потому, что мы или в таком порядке, но я думаю, что это самый простой способ сделать это.*

Внимание подобно мышце

Молодые люди с социальной тревожностью обычно застенчивы. Поэтому трудно переключить их внимание на внешний мир, особенно вначале и, особенно, когда они встревожены. Важно предвидеть эту проблему в ходе сессий. Аналогия с тем, что внимание подобно мышце, может быть очень полезной при передаче двух сообщений. Во-первых, рассматривать застенчивость как прекрасную возможность попытаться переключать свое внимание вовне (и напрягать мышцы внимания). Во-вторых, эта практика жизненно важна. Чтобы продолжить аналогию с тренажерным залом, это можно объяснить регулярными посещениями «тренажерного зала внимания» (домашние задания описаны ниже). В следующей стенограмме показано, как представить эту идею:

Терапевт: *Итак вы находитесь там в данный момент.*

Пациент: *Да.*

Терапевт: *И затем вы можете обнаружить, что снова «застряли в своей голове». Что вы тогда собираетесь делать?*

Пациент: *Может быть, сосредоточиться на звуках?*

Терапевт: *Отличный план, да! Так что это немного похоже на отжимание или что-то в этом роде, не так ли? Ничего страшного, если вы обнаружите, что снова застряли в своей голове, потому что это еще одна возможность отточить навык выхода из дрейфа.*

Пациент: *Да.*

Терапевт: *В то время как если вы выйдете из своей головы и останетесь вне ее в течение следующих трех часов, это не будет практикой, потому что вы практиковались только*

один раз. Так что не расстраивайтесь, если вы обнаружите, что снова застряли в своей голове, потому что это прекрасная возможность отточить навык выхода.

Пациент: *Да, именно так.*

Терапевт: *Поэтому мне кажется, что нам нужно убедиться, что вы каждый день посещаете тренажерный зал внимания – точно так же, как вы занимаетесь танцами, верно? Возможно, мы можем подумать о некоторых полезных упражнениях, которые нужно делать каждый день, чтобы эта мышца внимания была действительно сильной.*

7.5. Домашнее задание

Есть две ситуации, в которых молодого человека просят попрактиковаться в переключении внимания на внешний фокус в качестве домашнего задания. Во-первых, когда они сами по себе. Во-вторых, ситуации, когда они взаимодействуют с другими людьми. Когда они одни, они должны стараться выполнять упражнение в течение 15 минут или около того каждый день. Это может включать одно или несколько упражнений, описанных в сеансе, в зависимости от того, что они сочли полезным. Договоритесь с молодым человеком о том, что он попытается сделать, возможно, добавив задание вместе с напоминанием на свой телефон. Когда они взаимодействуют с другими людьми, попросите молодого человека попытаться погрузиться в разговор и социальное взаимодействие, а не сосредотачиваться на том, как они общаются. Предложите им сделать заметки о домашних заданиях для обсуждения на следующей сессии.

ГЛАВА 8. ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ

*“Мы не оставим исканий,
И поиски кончатся там,
Где начали их; оглянемся
Как будто здесь мы впервые.”²*

Т.С. Элиот «Четыре квартета»

Как и в других когнитивно-поведенческих методиках, в КТ-СТР-П подростков побуждают систематически сталкиваться с пугающими и избегаемыми ситуациями и взаимодействиями. Тем не менее экспозиция происходит несколько по-другому, нежели в большинстве традиционных КПТ программах для детей и подростков. В КТ-СТР-П экспозиция к пугающим и избегающим ситуациям происходит в рамках поведенческих экспериментов. В рамках поведенческих экспериментов делаются предположения о том, что может произойти и как другие люди могут отреагировать, и эти предположения проверяются на практике путем столкновения с пугающей ситуацией, направления внимания извне и отказа от охранительного поведения, а затем наблюдения за реакцией людей. В дальнейшем в терапии подросток может на самом деле получить пугающий результат и посмотреть на последствия. Простое повторение экспозиции само по себе не считается приносящим пользу. Иерархии экспозиции и текущая оценка тревожности в пугающих ситуациях не проводятся. Вместо этого в КТ-СТР-П выбранная для конфронтации ситуация будет зависеть от того, что послужит хорошей проверкой рассматриваемого пугающего беспокойства (учитывая способность подростка справиться с ситуацией).

Принцип поведенческих экспериментов заключается не в приобретении привычек в чистом виде, это методика когнитивных изменений, в которой экспозиция используется для демонстрации неблагоприятных последствий некоего психологического процесса или копинг-стратегии или для проверки определенных предположений, которые есть у подростков относительно того, что происходит в социальных ситуациях и как люди реагируют на них. В КТ-СТР-П основной эксперимент, направленный на демонстрацию неблагоприятных последствий психологических процессов и копинг-стратегий – это эксперимент с концентрацией внимания и охранительным поведением, проводимый на второй сессии. Для того, чтобы проверить определенные предположения, используются обратная связь в видео-формате и дополнительные индивидуализированные поведенческие эксперименты. Обратная связь в видео-формате используется для того, чтобы проверить предположения, которые есть у подростков по поводу

² Перевод С. Степановой

того, какое впечатление они производят на других, и чтобы выяснить, как они выглядят на самом деле и как люди на них реагируют. Индивидуализированные поведенческие эксперименты, проводимые в рамках КТ-СТР-П, включают в себя планирование экспериментов с целью проверить определенные пугающие предположения подростков для того, чтобы они узнали, что происходит в социальных ситуациях и как люди реагируют.

Главная мысль, тестируемая в поведенческих экспериментах, звучит следующим образом: «Меня не принимают» или «Меня не любят». Только отбросив охранительное поведение и показав себя настоящего, человек может выяснить, так ли это или нет. Это подчеркивает ключевую особенность поведенческих экспериментов (в отличие от экспозиции). Поведенческие эксперименты имеют конкретную цель помочь подростку понять, что его принимают тогда, когда он предстает самим собой, не прячась и не выставляя перед собой щит, другими словами, отбросив охранительное поведение. Польза от простых повторений экспозиции может быть ограничена, т.к. она скорее продемонстрирует подросткам то, что они уже знают, а именно, что они не производят хорошего впечатления, потому что в обычной экспозиции тестируется предположение «Мое охранительное поведение отталкивают людей». В результате ничего нового подросток не узнает. Только позволив другим узнать их, отбросив охранительное поведение, подростки могут понять, что их принимают такими, какие они есть.

Поведенческие эксперименты – необходимая часть КТ-СТР-П. После разработки модели эксперименты следует проводить почти на каждой сессии. Поведенческие эксперименты могут использовать самые разнообразные методы сбора информации, включая видеозапись, тайного помощника, ролевые игры, аудиозапись и т.д. Как только подросток и психолог начали проводить эксперименты, их следует также начать включать в домашнюю работу. Психолог помогает подростку составить план экспериментов таким образом, чтобы их можно было проводить между сессиями, желательно каждый день. Чтобы воспользоваться увеличивающейся мотивацией и уверенностью в себе, которые подросток часто чувствует после сессии, надо постараться запланировать первое домашнее задание таким образом, чтобы оно было выполнено сразу после сессии, например, по дороге домой или в школу.

После проведения на второй сессии эксперимента с концентрацией внимания на себе и охранительным поведением проводится следующий поведенческий эксперимент, разработанный с целью проверки распространенного страха, что «все смотрят на меня» в общественных местах. Его обычно проводят на второй или третьей сессии и повторяют в качестве домашнего задания. Он описан в разделе 8.3 «Примеры поведенческих экспериментов».

8.1. Цели

Поведенческие эксперименты разработаны с целью проверить определенные предположения, например, «Люди смотрят на меня», «Если мне будет тревожно, люди подумают, что я чокнутый», «Я покраснею/вспотею, и люди заметят это».

Поведенческие эксперименты направлены в первую очередь на то, чтобы показать, что вероятность того, что страхи воплотятся, меньше, чем человек предполагал изначально. Например, Мэтт переживает, что люди решат, что он «тупой неудачник», и поэтому часто использует охранительное поведение. Он тщательно обдумывает, на какие «крутые» и интересные темы он может поговорить, и перед тем, как подойти к сверстникам на перемене, он мысленно пробегается по этому списку. Он говорит на темы из списка быстро, не останавливаясь долго ни на одной. Он делает это, так как считает, что в противном случае его собеседники заскучают. Также он запоминает то, что только что сказал и сравнивает с тем, что собирался сказать. В качестве поведенческого эксперимента Мэтт решил, что подойдет к сверстникам на перемене и присоединится к разговору, не используя охранительное поведение. А именно, попробовать не готовить темы заранее, не перепрыгивать с темы на тему, а следить за ходом беседы и не отслеживать то, что сказал. Он планировал внимательно следить за реакцией своих друзей, а не концентрироваться на себе. Он согласился, что если он будет говорить без подготовки, это будет лучшим способом узнать, как люди воспринимают его. Его пугающим предположением было «Если я буду просто говорить то, что приходит мне в голову, мои друзья решат, что я тупой неудачник», и он верил в это на 90%. Мэтт проверил свое предположение между сессиями. Он обнаружил в процессе наблюдения за реакцией других, что его друзья проявляли интерес к тому, о чем он говорил, и в разговоре они касались самых разных и неожиданных тем, непринужденно переходя от одной темы к другой. Похоже, им всем понравилась беседа (включая самого Мэтта). Таким образом Мэтт узнал, что его принимают таким, какой он есть, и ему не нужно готовиться к разговору заранее, и его убежденность в своем первоначальном предположении снизилась до 10%.

Девушка-подросток по имени Хлоя боялась, что она будет трястись, находясь в социальных ситуациях, поэтому она всегда держала телефон двумя руками, опасаясь, что он упадет, когда она будет с друзьями. Вначале в рамках поведенческого эксперимента Хлоя стояла с группой друзей и держала телефон одной рукой, не таясь и не сжимая его со всей силы. Затем она проверяла, уронит ли она свой телефон и как отреагируют ее друзья. К своему удивлению, Хлоя обнаружила, что, когда она держит свой телефон не так крепко, ее меньше трясет и она не роняет его. Ее друзья смотрели на фотографии в телефоне, про которые она им рассказывала, а не на неё саму.

В последующих поведенческих экспериментах делается фокус на декатастрофизацию, т.е. при наихудшем варианте развития событий, что такого плохого в этом будет? Вернёмся к примеру с Мэттом. Он часто думал, что должен постоянно говорить что-то "интересное", чтобы другие не посчитали его скучным. Это приводило к тому, что он постоянно оценивал то, что собирается сказать, и часто принимал решение промолчать. Чтобы помочь Мэтту понять, что не обязательно всегда говорить то, что ты считаешь «интересным», Мэтт с психологом договорились, что он специально скажет друзьям что-то, что сам считает «скучным», и затем понаблюдает за их реакцией. На перемене он подошел к друзьям и включился в разговор. Он придумал, о чем, по его мнению, «скучном» он заговорит и затем понаблюдает за реакцией друзей. Темой для разговора он выбрал щебень и строительные материалы. Это был очень показательный эксперимент для Мэтта, потому что, к его удивлению, один из его друзей очень оживленно поддержал эту тему, объяснив это тем, что он как раз подумывает о том, чтобы пойти поступить в строительный институт. Этот разговор продолжился в позитивном ключе. Мэтт обнаружил, что, когда он говорит что-то, по его мнению, «скучное», другие с теплотой реагируют и даже находят тему интересной. Это наглядно продемонстрировало тот факт, что беседа в принципе обычно не считается скучным занятием. А говорить на определенную тему не означает быть скучным, такое скорее случится, если вообще ничего не сказать или раз за разом повторять одну и ту же тему.

Что касается примера с Хлоей, в дальнейшем, проходя терапию, она решила намеренно трясти рукой и уронить телефон на пол на глазах у друзей, оценив при этом их реакцию. До этого она боялась того, что все будут смотреть на нее и смеяться. Вместо этого одна девушка подняла ее телефон и вернула его ей, а другая показала свой телефон в трещинах, когда помогала Хлое проверить, работает ли её телефон. Хлоя смогла сделать вывод, что даже если она на самом деле будет трястись и ронять вещи, люди не будут смотреть на нее и смеяться, а помогут ей. Также она обнаружила, что другие люди тоже роняют свои телефоны.

8.2. Разработка поведенческих экспериментов

В связи с тем, что поведенческие эксперименты могут принимать разные формы и имеют целью проверить самые разные страхи, существует шесть основных шагов планирования, проведения экспериментов и получения выводов. Эти шаги детально описаны ниже: определение пугающего беспокоящего убеждения, ситуация, предположение, эксперимент, результат, вывод.

Шаг 1: Определение пугающего беспокоящего убеждения

Специфика поведенческого эксперимента будет зависеть от тестируемого предположения и будет отличаться у разных людей. Психолог вместе с подростком определяют социальные когниции при разработке модели и на первых сессиях. Этому процессу помогает использование социально-когнитивного опросника SCQ, который следует проходить каждую неделю. Следует выбирать одно или два предположения из опросника, которые имеют высокий рейтинг веры и ставить их целью поведенческих экспериментов.

Шаг 2: Ситуация

Как только психолог и подросток определились в ходе обсуждения и с помощью опросника с целевым убеждением, следующим шагом будет определить ситуации, которые активируют это убеждение. Подростки обычно в состоянии объяснить, когда возникают эти мысли.

На раннем этапе психолог и подросток обычно добиваются значительного прогресса в поведенческих экспериментах с помощью этой стратегии определения когниций из опросника SCQ и определения общих активирующих ситуаций. Для того, чтобы определить, какие из страхов уменьшились, а какие остались, может быть полезным обратиться к шкале социальной тревоги Лейбовица для детей и подростков (LSAS-CA). Те страхи, что остались, часто относятся к ситуациям, которые активируют целый набор убеждений. Поведенческие эксперименты могут быть специально направлены на такие ситуации. Например, мысль поднять руку вверх на уроке, которая имеет высокий рейтинг, может активировать убеждение "Я покраснею и все будут смеяться надо мной" так же, как и "Если я отвечу неправильно, все подумают, что я глупый". К данной ситуации может относиться несколько убеждений. Психолог и подросток могут опираться на уже проведенные эксперименты, но также им, возможно, понадобится изменить что-то, т. к. набор убеждений может отличаться.

Так как цель для подростка – выполнить задание и узнать что-то новое, следует найти такую ситуацию, которая бы вызывала тревогу, но при этом подросток должен быть уверен, что сможет выполнить задание. Одна девушка решила попробовать оставить комментарий в социальной сети, а молодой человек, будучи немного более избегающим, решил начать с того, что поставит "лайк" посту. Выбор социальных ситуаций, которые согласуются с целями, сделает эксперимент более значимым для подростка и увеличит его мотивацию выполнить задание. Представленная ниже запись разговора показывает, как психолог и 15-летняя девушка по имени Тиффани договариваются о ситуации.

Терапевт: Давай подумаем, с чего можно начать, чтобы проверить твои тревожные мысли, а именно страх, что люди посчитают тебя ненормальной или скучной. Твоя идея для начала

проявить активность в группе WhatsApp просто отличная. Правильно ли я понимаю, что одна из твоих ближайших целей – начать больше общаться с друзьями таким образом?

Пациент: Да, но мне страшиновато.

Т: Да, я могу представить, что сейчас это так, но в то же время похоже, что это то, чего бы ты хотела. Я правильно понял?

П: Да, именно так.

Т: Мне кажется, это веская причина, чтобы попробовать провести этот эксперимент. Но для начала расскажи мне, пожалуйста, что значит “проявлять активность в группе WhatsApp”? Я уже пожилой человек, как видишь, и не очень хорошо разбираюсь в современных средствах связи! Поэтому ты должна помочь мне разобраться, как там все устроено.

П: В групповом чате около 15 человек, и одновременно там обычно находится в районе 10. Кто-то пишет без остановки, кто-то может написать что-то пару раз, а кто-то просто иногда ставит смайлик или что-то такое.

Т: Ага, получается, что проявлять активность в группе WhatsApp можно по-разному. Понятно, и что же мы выберем для нашего эксперимента? Нам надо придумать хороший эксперимент, который мог бы проверить опасение “Я ненормальная и скучная”. Какое действие, по твоему мнению, могло бы быть хорошей проверкой и в то же время выполнимо?

П: Ну, я бы ни за что не смогла бы начать разговор.

Т: Ага, пока это ещё слишком сложно?

П: Да, точно.

Т: Хорошо, а что бы могло быть хорошим первым шагом в этой проверке?

П: Иногда кто-нибудь пишет “Чем занимаетесь?”. Возможно, я бы могла ответить.

Т: Замечательно, мне кажется, это прекрасная возможность для нас, чтобы проверить твои социальные переживания. Давай запишем это в твой Рабочий лист. [использование Рабочего листа изложено ниже]

Шаг 3. Предположение

Главная цель поведенческих экспериментов заключается в том, чтобы проверить конкретные предположения, которые есть у подростков по поводу того, какое впечатление они производят в социальных ситуациях и как другие реагируют на них, когда они не используют своё охранительное поведение. В дальнейшей терапии проводятся эксперименты по декатастрофизации, их цель – выяснить что может произойти, если подросток намеренно сделает то, чего боится, например, будет делать паузы или запинаться. Очень важно точно определить, что,

по убеждению подростка, произойдет в оговоренных ситуациях, как другие отреагируют, а также то, как подросток узнает об этом. Также психолог может спросить подростка, как будет выглядеть доказательство против его предположения. Для каждого предположения выставляют балл по шкале веры от "совсем нет" до "полностью".

Представленная ниже запись разговора показывает, как психолог определяет, какие у Тиффани предположения насчёт вышеописанной ситуации. Психолог спрашивает, что по мнению Тиффани произойдет, если она оставит комментарий. Подростки зачастую имеют несколько предположений о том, что может произойти, как мы уже видели, и психолог помогает определить каждое из них. Затем психолог побуждает Тиффани сконцентрироваться на том, что, по ее предположению, произойдет в социальном окружении, а не на своих чувствах и эмоциях. Психолог помогает Тиффани определить для себя, как она поймет, что другие отреагировали так, как она боится, что отреагируют. И в конце психолог предлагает Тиффани записать свои предположения и отметить рейтинг веры в процентах.

Терапевт: *Давай сейчас уделим минутку обсуждению активности в группе WhatsApp и ответим на вопрос, что ты будешь делать. Ты сказала, что это будет хорошей проверкой твоего страха, что люди посчитают тебя скучной или ненормальной. Когда ты думаешь об этом, какие мысли появляются у тебя в голове?*

Пациент: *Не знаю. Наверно, мне будет страшно.*

Т: *Да, тебе будет страшно. А как ты думаешь, что еще произойдет?*

П: *Я, я не смогу ничего написать или, если все-таки напишу, то все пойдет не так, как надо.*

Т: *Ага, давай это проясним. Итак, ты думаешь, что у тебя все вылетит из головы, и ты совсем ничего не сможешь написать? Правильно?*

П: *Да.*

Т: *Хорошо, и ещё ты думаешь, что если все-таки напишешь что-нибудь, то все пойдет не так, как надо. Что ты имеешь в виду?*

П: *Я напишу что-нибудь отстойное и тупое, и все подумают, что я неудачница.*

Т: *«Все подумают, что я неудачница» – эта мысль действительно звучит ужасно, я правда могу понять, почему тебе сейчас так трудно находиться в этих чатах. И похоже, нам очень важно это проверить, это отличная возможность узнать что-то новое. Я только вот думаю – а как мы узнаем, что все посчитают тебя неудачницей после того, как ты оставишь комментарий? Что произойдет?*

П: *Я буду чувствовать себя отвратительно.*

Т: Ты будешь чувствовать себя отвратительно, понятно, и это очень важно, но давай на минутку отодвинем чувства, потому что иногда они могут нас сбивать с толку, правда? По каким внешним признакам можно будет понять, что люди посчитали тебя неудачницей?

П: Я думаю, все прекратят разговаривать.

Т: То есть покинут группу?

П: Ну да.

Т: Хорошо, это очень поможет проверить, считают ли все тебя неудачницей. Мы сможем увидеть, перестали ли все разговаривать и покинули ли они группу WhatsApp. Это должно произойти сразу же или как? Потому что, подозреваю, беседа не может продолжаться бесконечно!

П: Ну да, примерно через минуту после моего сообщения.

Т: И, наверное, если разговор закончится как-то неестественно, правильно? Хорошо, давай запишем это в твой Рабочий лист. И давай подумаем, насколько ты уверена в своих предположениях по нашей шкале.

Шаг 4: Эксперимент

На этом этапе психолог и подросток договариваются о том, как именно они будут проверять предположения подростка. В разделе 8.3 представлен список распространенных пугающих предположений и полезных экспериментов для их проверки. Эксперименты могут быть разных видов, и каждый конкретный вид будет зависеть от того, какое предположение он проверяет. Например, эксперименты могут:

- Проводиться на сессии или в качестве домашнего задания.
- Проходить в клинике или за ее пределами.
- Быть смоделированными психологом при наблюдении подростком за реакцией других.
- Быть записанными на видео. Съемка эксперимента и последующий просмотр видеозаписи на сессии могут быть чрезвычайно полезными.
- Проводиться с «тайным помощником». Это может быть особенно полезным для экспериментов по «декатастрофизации», когда в «реальной жизни» подростку поначалу может быть сложно их проводить.
- Включать наблюдение за кем-то из общества и сверстниками.
- Использовать результаты исследования (см. раздел 8.5.)

Поведенческие эксперименты – это возможность для подростков узнать что-то новое про них самих и про их социальное окружение. Для этого им необходимо сделать две вещи. Во-первых, подростку нужно рассмотреть внешнюю ситуацию (включая реакцию других людей) настолько тщательно, насколько возможно, а не сосредотачиваться на том, какое впечатление они производят и что чувствуют. Объясняя это подростку, хорошо будет предложить ему «смотреть в оба». Во-вторых, подросткам придется отказаться от своего охранительного поведения. После того, как это объяснено подростку, полезно будет продумать то, что им, возможно, придется делать по-другому. Например, молодому человеку, который из страха показаться скучным готовил темы для беседы заранее и затем отслеживал, что говорит, было предложено говорить первое, что приходит на ум без подготовки и планирования, и затем сосредоточиться на происходящем в моменте разговора и наблюдать за последствиями. Подобным же образом девушке, которая боялась дрожи и из-за этого сидела на своих ладонях, было предложено держать руки на виду и свободными.

Шаг 5: Результат

После эксперимента обсуждается то, что на самом деле произошло, а не то, что чувствовал подросток. Затем подростку следует сравнить то, что произошло в действительности с тем, чего он изначально ожидал. В свете новой информации предположение может быть оценено заново.

Шаг 6: Вывод

Поразмышляйте вместе с подростком о том, что он узнал и что он обнаружил, отбросив охранительное поведение (это касается того, как он себя чувствовал и что произошло). Спросите у подростка, был ли он удивлен тем, что случилось, вели ли себя люди или думали не так, как он ожидал? Спросите, как его выводы влияют на его первоначальное убеждение и как это соответствует его общему представлению о себе. Если выводы получаются кардинально отличающимися (например, «Я интересный человек, с которым люди хотят разговаривать»), попросите его оценить это новое убеждение. Выводы, которые обычно получают из поведенческих экспериментов, будут в русле: «Меня принимают таким, какой я есть. Мне не нужно закрываться, прятаться или использовать охранительное поведение. Я могу доверять себе. Мои мысли представляют большую угрозу, чем социальная среда».

После обдумывания результатов можно планировать новый эксперимент. Характер эксперимента и тестируемых предположений будет зависеть от результатов предыдущего эксперимента и от стадии терапии. Это может включать в себя усовершенствование текущего

поведенческого эксперимента, например, если подростку сложно отказаться от охранительного поведения, то маловероятно, что он многое извлечет из этого эксперимента, поэтому эксперимент необходимо будет провести заново (в какой-либо форме) без охранительного поведения. Более подробно это описано в разделе 8.4. Следующий поведенческий эксперимент может быть продолжением текущего эксперимента. Например, мальчик-подросток провел эксперимент, в котором он проверял свой страх «Я все напутаю, и все будут смеяться надо мной», подняв руку, отвечая на вопрос учителя в классе. Эксперимент прошел весьма удачно, но мальчик отметил, что он был уверен в своем ответе и скорее всего из-за этого он не запнулся. В следующем эксперименте он решил поднять руку, чтобы ответить на вопрос, в ответе на который он не был уверен. Последующий эксперимент может проверять другое предположение, но связанное с предыдущим. Например, девушка по имени Сумера считала, что она не интересна людям, и из-за этого она избегала рассказывать про себя. После того, как она провела эксперимент, в котором рассказала своим друзьям про свои планы на выходные, не останавливаясь и не сдерживаясь, она обсудила с психологом, как она может это закрепить. Они заметили, что у Сумеры было условное предположение «Если я расскажу о своих трудностях и о том, что мне грустно, люди подумают, что я слабая». Для своего следующего эксперимента Сумера решила поговорить с близким другом, когда ей будет грустно.

Бланк для записи поведенческих экспериментов

Поведенческие эксперименты записываются в Бланк поведенческих экспериментов ([Приложение J](#)). Планируя поведенческие эксперименты, подросток и психолог могут заполнить первые три графы вместе. Для экспериментов, которые проводятся во время сессии, они могут заполнить последние две графы после окончания эксперимента. Для поведенческих экспериментов, которые проводятся дома, подростку следует заполнить последние две графы в бланке как можно скорее сразу после проведения эксперимента. Некоторым подросткам удобнее иметь электронную версию бланка на телефоне (учитывая, что подростки все время носят с собой телефон). В таблицах 13 и 14 представлены бланки Мэтта и Хлои.

Таблица 13. Бланк, обобщающий два поведенческих эксперимента Мэтта

Ситуация	Предположение	Эксперимент	Результат	Что я узнал
<i>Перемена с друзьями в школе</i>	<i>Если я не буду планировать, что сказать, и не буду проверять себя, когда говорю, они подумают, что я тупой неудачник. 90%. Они будут закатывать глаза, смотреть в сторону, хихикать.</i>	<i>Сказать первое, что приходит в голову и смотреть в оба за реакцией друзей. Не концентрироваться на себе – это отвлекает меня, и я не могу следить за тем, что делают мои друзья.</i>	<i>Я так и сделал и наблюдал. Разговор продолжался. В итоге мы начали болтать о комиксах, и выяснилось, что мы фанаты комиксов, чего не знали друг о друге раньше! Никто не хихикал, не закатывал глаза и не смотрел в сторону. Это продолжалось до звонка. [Первоначальное убеждение 10%]</i>	<i>Я не придурочный. Я нормальный. [Новое убеждение 65%] Мне не нужно придумывать темы заранее, чтобы люди захотели со мной разговаривать. Попробовать за пределами школы.</i>
<i>Перемена с друзьями в школе</i>	<i>Если я скажу что-нибудь скучное, люди решат, что я тупой неудачник, и не захотят со мной дружить. 99%. Закатывать глаза, смотреть в сторону, хихикать. Разговор закончится, все замолчат и уйдут.</i>	<i>Специально сказать что-нибудь скучное про строительные материалы и смотреть за всеми в оба, не концентрируясь на себе. Узнать, что произойдет.</i>	<i>Я так и сделал, и это было очень неожиданно. Оказалось, что Том увлекается строительством, и он начал рассказывать о своих планах на обучение. Мы поболтали какое-то время, и затем сменили тему. [Первоначальное убеждение 20%]</i>	<i>Это нормально говорить о скучных вещах, никто не реагирует на меня отрицательно. И то, что я считаю скучным, может быть для кого-то интересным! [Новое убеждение 60%]</i>

Таблица 14. Бланк, обобщающий два поведенческих эксперимента Хлои

Ситуация	Предположение	Эксперимент	Результат	Что я узнала
<i>С друзьями у школы</i>	<i>Если я не буду крепко держать телефон двумя руками, я затрясусь и уроню его, и все подумают, что я психованная. 80%. Они будут глазеть на меня и на мои руки, а потом будут переглядываться.</i>	<i>Я буду держать телефон расслабленно одной рукой (я знаю, что чем крепче я сжимаю его, тем сильнее напряжение в мускулах). Не концентрироваться на себе. Смотреть, что произойдет.</i>	<i>От того, что я держала телефон более расслабленно, я меньше тряслась и не уронила его. Никто не глазел ни на меня, ни на мои руки. Моим друзьям было интересно посмотреть фотографии у меня в телефоне, про которые я им рассказала, и все. [Первоначальное убеждение 5%]</i>	<i>Я интересна людям, и они не думают, что у меня что-то не в порядке с нервами. Я постараюсь не сжимать вещи так крепко, когда волнуюсь из-за дрожи, потому что это не помогает. [Новое убеждение 55%]</i>
<i>В кафе с друзьями</i>	<i>Если люди увидят, как я трясусь, они подумают, что я психованная. 70%</i>	<i>Я специально начну трястись и уроню телефон и буду наблюдать за реакцией друзей.</i>	<i>Мои друзья были так заботливы! Люси подняла мой телефон и дала его мне, а Клэр, когда помогала мне проверить, работает ли он, показала свой телефон с трещинами. Никто не глазел на меня или на мои руки. [Первоначальное убеждение 0%]</i>	<i>Даже если я буду трястись и уроню что-то, люди не будут глазеть или смеяться. У меня заботливые друзья. Мы все иногда роняем вещи. Я интересна людям, и они не считают, что я психованная. [Новое убеждение 60%]</i>

8.3. Примеры поведенческих экспериментов

Подростки с социальной тревожностью часто чувствуют, что за ними как будто кто-то пристально наблюдает, когда они находятся в толпе. Это ощущение часто является следствием повышенной концентрации на себе. Фактически они пристально следят сами за собой, а думают, что являются объектом чужого внимания. Если у подростка действительно есть ощущение, что все пристально смотрит на него, то мы считаем полезным проработать это на начальном этапе терапии. Если эту мысль не изменить, то подростку будет очень сложно в социальных ситуациях направлять внимание вовне, и получение нового опыта, тем самым, окажется под угрозой. Таким образом страх подростка, что за ним пристально следят, часто прорабатывается в первом же эксперименте после эксперимента с концентрацией внимания на себе и охранительным поведением.

Начните с определения ситуации, при которой подростку кажется, что на него пристально смотрят, и оцените, что он делает в таких ситуациях. Это может быть переполненный автобус, поезд, метро, торговый центр. Спросите у подростка, когда он чаще всего испытывает чувство, что люди следят за ним: это происходит когда он смотрит на окружающих или когда он уставился в пол, поглощенный разглядыванием своей обуви или сумки? Практически всегда это второй вариант. Объясните подростку, что будет здорово провести эксперимент, чтобы это проверить.

Психолог и подросток выбирают одну из ситуаций, при которых подросток чувствует, как будто на него пристально смотрят. Психолог объясняет подростку, что когда тот будет находиться в такой ситуации, ему нужно остановиться и некоторое время смотреть себе под ноги. Попросите его сконцентрироваться на том, что он чувствует, и подумать, что остальные делают в этот момент (обычно подросткам кажется, что все пристально глядят на них). Как только он поймает это ощущение, попросите его поднять глаза и внимательно осмотреться, чтобы объективно проверить, кто на него смотрит. Обычно люди обычно обнаруживают, что невзирая на то, что они *чувствовали*, как все пристально за ними наблюдают, на самом деле никто на них не смотрит. Или, например, боковым зрением людям может казаться, что на них пристально смотрят. Когда такое происходит, то действовать следует так же: отметить ощущение, остановиться, сделать предположение и затем посмотреть.

Конечно, часто люди обнаруживают, что на них действительно смотрят. Важно подготовить подростка к этому и обсудить возможные причины этого. Полезно сделать это заранее, перед экспериментом, потому что в противном случае, если он заметит, что на него кто-то смотрит, он может поспешно прийти к выводу, что люди таращатся (а не смотрят) на него и думают про него что-то плохое.

Во-первых, люди могут не «таращиться», а просто пробежаться взглядом, когда оглядываются вокруг. Подростки с социальной тревожностью часто это путают, потому что,

подняв глаза и увидев, что на них смотрят, они часто сразу же отворачиваются. Предложите подростку повторить эксперимент, но на этот раз устояв перед порывом отвернуться, если он увидит, что на него смотрят для того, чтобы понять, продолжает ли человек смотреть на него или его взгляд перемещается на что-то другое или на кого-то другого. Во-вторых, человек, возможно, ненамеренно остановил свой взгляд. Люди часто делают так в толпе. Постоянно двигать глазами тяжело, поэтому глаза стремятся «припарковаться» где-нибудь. Выбирая, на чем можно остановить взгляд, люди чаще выбирают другого человека, потому что намного интереснее смотреть на человека, чем на потолок или на стену. Это не то же самое, что пристально глядеть, потому что люди обычно не осознают, что перед ними, они просто дают глазам отдохнуть. Если при этом поймать взгляд, то человек отвернется. Предложите подростку попробовать понаблюдать за тем, как люди «паркуют» свой взгляд, находясь в людном месте. Подростку это обычно довольно легко сделать, потому что нужно наблюдать за тем, как люди ведут себя, а не за тем, как они реагируют на него. Так он может быть беспристрастным наблюдателем, а не чувствовать себя в центре внимания. В-третьих, подросток может обнаружить, что кто-то смотрит на него, не отворачиваясь. При таком варианте будет полезно подумать вместе с подростком, почему люди могут так делать. Спросите у подростка, выбирают ли люди смотреть на что-то скучное, неинтересное и неприятное или все же они предпочитают смотреть на что-то интересное и привлекательное.

Это очень эффективный эксперимент по многим причинам. Во-первых, потому что он демонстрирует важную идею о том, что наши чувства ненадежные показатели того, что происходит в нашем окружении. Во-вторых, потому что он напоминает подростку, что охранительное поведение, такое как отворачивание, не является эффективным. В-третьих, потому что он укрепляет мысль, что концентрация на себе также неэффективна. В-четвертых, потому что это не слишком сложно для большинства подростков, его легко провести и его результат надежен. Что еще хорошо, этот эксперимент можно проводить много раз в день. Следует использовать чувство неловкости как сигнал к проведению эксперимента, т.е. когда подросток замечает это ощущение, ему нужно использовать это как подсказку к действию. Учитывая, что такое ощущение возникает довольно часто, эксперимент можно проводить несколько раз в день и накапливать таким образом много нужной информации.

Для того, чтобы проверить различные предположения, существует огромное количество поведенческих экспериментов. В таблице 15 представлены некоторые примеры хороших поведенческих экспериментов, которые разработаны, чтобы проверить распространенные страхи.

Таблица 15. Примеры поведенческих экспериментов для проверки распространенных страхов

Ключевой страх	Охранительное поведение	Предположение	Эксперимент
Покраснеть	Закрыть лицо руками/волосами	Если я не закрою лицо, люди увидят, что я покраснел(а) и надо мной будут смеяться/меня отвергнут.	Убрать волосы и не закрывать лицо руками. Не пить воду, чтобы охладиться. Сосредоточиться на разговоре. Наблюдать за реакцией других.
		Если люди увидят, что я покраснел(а), надо мной будут смеяться/меня отвергнут	Специально нанести румяна на щеки. Не закрывать лицо и наблюдать за реакцией.
Будет нечего сказать	Готовить темы разговора заранее	Если я не подготовлю темы для разговора заранее, мне будет нечего сказать, и люди решат, что я скучный(ая).	Начать разговор без всякой подготовки и просто следить за ходом беседы. Следить за реакцией других. Посмотреть, нет ли еще кого-то, кто иногда молчит.
Быть скучным/ (ой)	Оценивать	Если я не буду все время оценивать, что говорю, я буду казаться скучным(ой).	Присоединиться к разговору и отбросить любые попытки оценивания. Наблюдать за реакцией других. Присоединиться к разговору и завести «скучную» тему, наблюдать, что произойдет.
Показаться ненормальным/ (ой)	Не шевелиться Пытаться избегать внимания	Если я буду дергаться или жестикулировать, когда разговариваю, люди подумают, что я ненормальный(ая) и неестественный(ая).	Заговорить с кем-то и свободно двигаться. Наблюдать за реакцией. Заговорить с кем-то и двигать руками больше, чем обычно. Наблюдать за реакцией.

Говорить запинаясь	Избегать пауз в речи Всегда стараться говорить абсолютно бегло.	Если я не всегда на 100% ясно и бегло говорю, люди подумают, что я тупой(ая)	Психолог может использовать заминки в своей речи и выяснить, замечает ли их подросток. Они их никогда не замечают, и это может служить прекрасной демонстрацией эксперимента перед тем, как подросток сам попробует это сделать. Специально использовать в речи паузы и заминки при разговоре с кем-то. Концентрироваться на разговоре. Не контролировать свою речь. Наблюдать за реакцией.
Показаться некрутым(ой) или ненормальным/ (ой)	Избегать несогласия с другими	Если я не соглашусь с мнением моих друзей или не буду знать музыку/фильм/телепередачу, о которой они говорят, то они подумают, что я неудачник(ца) и не захотят со мной дружить.	Высказывать мнение открыто и честно, неважно совпадает ли оно с мнением других или нет. Наблюдать за реакцией. Наблюдать за тем, как ведут себя люди в последующие дни.
Показаться глупым(ой)	Избегать ситуаций, в которых очевидно, что я чего-то не знаю	Если я неправильно отвечу на вопрос на уроке, все будут показывать на меня пальцем и смеяться.	Наблюдать за тем, что происходит, когда мои одноклассники отвечают на уроке неправильно. Специально ответить неправильно. Наблюдать за реакцией остальных.
Дрожание	Сидеть, положив руки под себя Крепко сжимать чашку	Если я буду дрожать, люди подумают, что я нервничаю и что я жалкий(ая).	Расслабленно положить руки на колени во время разговора и затем попробовать взять чашку, не сжимая ее крепко. Наблюдать за реакцией остальных. Специально подрагивать руками, держа чашку. Наблюдать за реакцией остальных.

8.4. Возможные трудности

Отказ выполнять задание

Поведенческие эксперименты направлены на проверку наших предположений, которые вызывают тревогу в ситуациях, посильных для нас. Несмотря на тщательный выбор подходящей ситуации, иногда подростки не чувствуют себя способными провести эксперимент. Это может быть досадно, но тем не менее это может рассматриваться как важная информация для планирования следующих поведенческих экспериментов. Во-первых, важно разобраться, что произошло; что помешало подростку провести эксперимент? Часто убежденность, в том, что его худшие опасения оправдаются, слишком высока, и поэтому бывает слишком сложно провести эксперимент. В таком случае психологу и подростку стоит решить, как они пойдут дальше. Возможно, понадобится пересмотр эксперимента, чтобы проверить предположение более легким способом. Например, сначала психолог может провести такой эксперимент при наблюдении подростка. Обычно после этого подросток может провести эксперимент самостоятельно. Подобным образом, если эксперимент подразумевает разговор со сверстниками или с «тайным помощником», психолог и подросток могут сыграть в ролевую игру перед самим экспериментом. Во-вторых, психологу следует проверить, является ли предположение все еще значимым и актуальным, мотивирован ли еще подросток на проведение эксперимента?

Незначительные когнитивные изменения

Иногда происходит так, что подросток выполнил задание, но когнитивные изменения совсем незначительные. Так часто происходит из-за того, что подростки продолжают применять охранительное поведение, у них не получается направить внимание вовне или они продолжают основывать свое мнение на ощущениях. Вместе с подростком пересмотрите ситуацию детально, обращая особое внимание на использование явного и неявного охранительного поведения и на смещение фокуса внимания. Иногда будет полезным разработать персонализированную версию модели эксперимента. Например, девушка-подросток по имени Лара вернулась на сессию после того, как она попробовала провести эксперимент, в котором она выразила свое несогласие с другом по поводу предпочтений для того, чтобы проверить свой страх быть отвергнутой. Она сказала, что все прошло вроде нормально, но ее это не убедило, и рейтинг ее убеждения, что друзья разозлятся на нее и не захотят проводить с ней время, с 90% опустился лишь до 80%. Ниже представлена запись их разговора, в котором психолог в первую очередь хвалит девушку за попытку провести эксперимент. Затем они рассматривают ситуацию детально, и психолог задает вопросы о

применении охранительного поведения и концентрации внимания на себе. Психолог вместе с подростком подробно расписывают модель проведенного эксперимента перед планированием следующего поведенческого эксперимента на основе того, что они узнали.

Терапевт: *Итак, ты говоришь, что все прошло нормально, но тебя это не убедило. Во-первых, я хочу тебе сказать, что ты молодец, что попробовала. Это замечательно! Но я думаю, что нам стоит немного поговорить о том, что произошло во время беседы, ты не против? Можешь, пожалуйста, рассказать мне подробно с самого начала?*

Пациент: *Мы с Беа и Молли сидели в кафе. Мы просто болтали, и все шло хорошо. Ну у меня вроде все получалось, и мне было приятно просто говорить, что я думаю, и мы все вместе болтали...*

Т: *А ты попыталась с кем-нибудь не согласиться?*

П: *Да, я сказала, что мне не сильно нравится любимая группа Беа.*

Т: *Ого, молодец! И что произошло?*

П: *Ну вообще Молли сказала, что она типа согласна со мной! Потом мы болтали о других группах и о том, на какие фестивали мы хотим сходить летом.*

Т: *Отлично! Итак, ты отметила очень важные вещи, могу ли я здесь остановиться и проверить, правильно ли я все поняла? Ты разговаривала с Беа и Молли, и кажется, что ты концентрировала свое внимание на разговоре, а не на самой себе и не на том, какое впечатление ты производишь. Также похоже, что ты не сдерживала себя, не подбирала слова, а просто говорила то, что было на уме. И по сути ты провела эксперимент, который мы с тобой планировали, не согласившись с Беа. Какая великолепная проверка. И затем, присмотревшись к реакциям Беа и Молли, мы обнаружили, что не только Беа и Молли не разозлились и не отказались разговаривать с тобой, но более того, Молли согласилась с тобой, и разговор продолжился. Так ли это? Похоже, что произошли какие-то изменения, но нам нужно задержаться на этом этапе, потому что ты узнала что-то очень важное. Хорошо, что произошло потом?*

П: *Ну да, все так, и я понимаю, о чем вы, да. Но потом, не знаю. Потом вдруг возникла небольшая пауза после того, как я сказала что-то. Вроде я предложила пойти на концерт. И потом все было нелепо и ужасно.*

Т: *Давай здесь остановимся. Какие мысли были у тебя во время этой паузы? Что пришло в голову? Попробуй это воспроизвести не торопясь.*

П: *Ну я думала, «Я просто дура, что я наделала, я просто идиотка, они не захотят со мной никуда идти». Не знаю, что-то такое.*

Т: Ага, получается, случилась небольшая пауза, и одна из твоих плохих мыслей пронеслась у тебя в голове. А что произошло потом? На чем ты сконцентрировалась? Если бы я подумала, что веду себя как дура, я бы, наверно, стала контролировать себя.

П: Именно так, думаю, я начала наблюдать за собой. Я как будто ушла в себя.

Т: И что ты стала делать?

П: Я перестала говорить. Я просто кивала. Я старалась не смотреть в глаза.

Т: И что произошло потом?

П: Я не знаю, все было так неловко. Мне просто хотелось, чтобы все закончилось. А потом прозвенел звонок.

Т: Понятно. Итак, разговор шел прекрасно, и ты обнаружила, что это нормально не соглашаться с кем-то, и что это может даже делать разговор интереснее. Но затем произошел какой-то сдвиг в мышлении, если можно так сказать, и ты начала концентрироваться на себе и применять охранительное поведение, контролируя себя, чтобы не соглашаться с другими, пытаться спрятаться. Кажется, что ты вернулась к своему прежнему способу вести разговор? Потому что, я думаю, что ты опять опиралась на свои ощущения, несмотря на то, что мы знаем, что они не очень эффективны в оценке ситуации. К тому же когда мы пытаемся спрятаться от разговора, это мешает нам понять, что происходит, не так ли? Давай мы подробно это запишем, чтобы все было понятно?

Терапевт вместе с подростком записывают персонализированную версию эксперимента.

Т: Хорошо, что ж, мы узнали кое-что важное, не так ли? И эта ситуация напомнила нам, что охранительное поведение и концентрация внимания на себе приносят нам неприятности в социальных ситуациях. Что мы из этого можем извлечь? Как думаешь, что нам теперь нужно делать?

Негативная реакция со стороны других людей

Несмотря на тщательное планирование успешного поведенческого эксперимента, невозможно контролировать реакции других людей, и время от времени подросток сообщает, что другие люди отреагировали, на его взгляд, негативно. Если такое происходит, важно попытаться понять вместе с подростком, что случилось для того, чтобы планировать следующий шаг.

Часто полученная отрицательная реакция от других может быть не такой однозначной, и есть другие варианты интерпретации их поведения. В таком случае могут понадобиться последующие поведенческие эксперименты. Например, один молодой человек сделал свой

первый шаг, написав сообщение друзьям, чтобы проверить страх, что они не ответят ему, потому что он им неинтересен. Он пришел на сессию очень расстроенным, потому что написал своему другу, но тот не ответил ему за выходные. Обсудив ситуацию, психолог и молодой человек согласились на том, что, хотя это произошло возможно из-за того, что он неинтересен своему другу, но, с другой стороны, причиной могло быть то, что друг был занят или не заметил сообщение (особенно учитывая тот факт, что раньше друг всегда первый ему писал). Они договорились, что необходим следующий поведенческий эксперимент для того, чтобы проверить эти две идеи. Молодой человек пришел в школу и спросил у своего друга, получил ли тот его сообщение. Он почувствовал облегчение, когда обнаружилось, что его друг поменял телефон и не подключился еще к сети на тех выходных, но обрадовался, узнав, что он ему написал.

Иногда мы обнаруживаем, что подростки могут подшучивать друг над другом, и это может восприниматься враждебно, но на самом деле является показателем того, что подростки принимают друг друга. В таком случае психолог предложит подростку поучаствовать в наблюдательном поведенческом эксперименте, наблюдая за тем, как его сверстники ведут друг с другом, и отмечая все примеры подшучивания, чтобы понять, когда и почему это происходит (см. [Главу 12](#)).

Частой причиной не вполне положительной реакции от других может быть то, что подросток все еще использует охранительное поведение, и это портит социальное взаимодействие. Например, Сиенна попыталась присоединиться к разговору друзей во время перемены в танцевальном кружке. Она согласилась проверить свой страх «Если я буду говорить, они подумают, что я ненормальная, и я узнаю это, потому что они будут глазеть на меня и не будут говорить со мной». Сиенна пришла на сессию и рассказала об эксперименте, который она провела, как и планировалось. Однако она была немного расстроена, объяснив это тем, что она подошла и присоединилась к другим, но они почти не разговаривали с ней. Психолог тщательно рассмотрел эксперимент вместе с Сиенной, обращая внимание на любое охранительное поведение, которое она пыталась отключить. Выяснилось, что Сиенне удалось присоединиться к разговору, сказать привет, но затем она просто смотрела в пол и ничего не говорила. Психолог спросил, какой, по мнению Сиенны, эффект произвело ее охранительное поведение на ее друзей. Обсуждение помогло Сиенне осознать, что, возможно, друзья просто «считали ее послание» и вели себя так, как им казалось, Сиенна хочет, чтобы они себя вели. Был запланирован следующий эксперимент, в котором Сиенна присоединилась к разговору как в прошлый раз, но на этот раз она сильно постаралась отбросить охранительное поведение и

наблюдала за реакцией друзей. И она получила от них совершенно другую, более положительную реакцию.

В некоторых ситуациях отрицательная реакция намеренно жестокая и направлена на подростка. Такое вполне может случиться с некоторыми пациентами с социальной тревожностью, и в [Главе 12](#) есть конкретное руководство для таких случаев. Такое, вероятно, чаще встречается с подростками, чем со взрослыми, так как среди них более распространены буллинг и издевательства со стороны сверстников.

8.5. Опросы

Опросы — это наблюдательные поведенческие эксперименты, направленные на сбор большой выборки информации и мнений по определенному вопросу, который беспокоит подростка. Они позволяют подросткам узнать, что люди думают о тех признаках и последствиях, которые пугают подростков. Например, почему люди краснеют, потеют, что значит пауза в разговоре.

Разрабатывая опрос, начните с открытых вопросов о том, что беспокоит подростка, затем перейдите к более конкретным вопросам про конкретную катастрофическую интерпретацию. Например, Сумера, как мы уже упоминали ранее, имела убеждение «Если я поделюсь своими трудностями и расскажу, что мне грустно, люди подумают, что я слабая». Опросник был разработан таким образом, чтобы, переходя от более общих вопросов, он затрагивал указанные ниже три вопроса, которые относятся к конкретному убеждению Сумеры:

1. Почему люди делятся своими проблемами и переживаниями со своими друзьями?
2. Что бы ты подумал(а) о своем друге, если бы он поделился бы своими проблемами и переживаниями с тобой?
3. Подумал(а) ли бы ты плохо про друга, который поделился проблемой или переживанием с тобой, или может не захотел(а) бы проводить время с ним?

Опрос может проводить сам подросток или психолог. Есть достоинства и недостатки у обоих вариантов. Когда опрос проводит психолог, ответы часто воспринимаются подростком менее убедительными, т.к. респондентами являются взрослые люди. Тем не менее, зачастую подростки чувствуют себя не в состоянии провести опрос у сверстников самостоятельно из-за смущения. Таким образом, лучше всего будет, если сначала опрос проведет психолог. Получив ценную информацию из ответов, подросток затем может провести опрос среди пары друзей или родственников. Затем психолог и подросток могут вместе рассмотреть все ответы и сравнить информацию с первоначальным убеждением подростка.

В случае, если опрос проводит психолог, будет полезным обсудить с подростком, кого стоит опрашивать (количество опрашиваемых, их пол и т.д.). Например, у одного молодого человека было убеждение, что мужчинам нельзя показывать признаки слабости (такие как выражение эмоций). Таким образом, было оговорено, что опрос предназначается для мужчин.

ГЛАВА 9. РАБОТА С ТРАВМАТИЧЕСКИМИ СОЦИАЛЬНЫМИ ВОСПОМИНАНИЯМИ

*"Теперь я знаю, что такое призрак. Незаконченное действие, вот что."
Салман Рашиди, "Сатанинские стихи"*

Для большинства людей с социальным тревожным расстройством характерны повторяющиеся негативные мысли и образы, связанные с тем, как они, по их мнению, выглядят в глазах других людей, а также с ожиданиями того, как другие на них отреагируют. Исследования показывают, что эти образы по своему содержанию и значению часто связаны с воспоминаниями о ранних травматичных социальных событиях (Hackmann et al., 2000). Травмирующие социальные воспоминания обычно связаны с эпизодами, в которых люди чувствовали себя критикуемыми или униженными. Например, одна девочка, Марта, вспомнила, как учитель сделал ей выговор перед классом, когда она опоздала. Молодой человек вспомнил о том, как над ним смеялись его сверстники за то, что он покраснел, когда с ним поздоровалась девушка. Негативные образы, как правило, несут в себе квинтэссенцию воспоминаний о критике или унижении. В частности, как человек думал, когда они появились, в то время, когда его критиковали или унижали. Исследования показывают, что эти представления о себе чрезмерно негативны, и люди в них выглядят гораздо хуже, чем они есть на самом деле. Например, Марта представляла себя "неспособной говорить, с дрожащими губами и готовой разрыдаться", но этот ее образ самой себя был гораздо хуже, чем то, как она выглядела перед другими в реальности. Точно так же молодой человек представлял себя в социальных ситуациях с горящими щеками и чувствовал, что над ним смеются другие, хотя это не соответствовало тому, как он в действительности шел на контакт и как реагировали другие. Образы постоянно активизируются в социальных ситуациях и не обновляются, даже если информация противоречит их сути.

Актуализация негативных образов себя является ключевой целью нескольких техник лечения, сосредоточенных на настоящем, таких как видео-и фотографическая обратная связь, поведенческие эксперименты и опросы. Они были описаны в предыдущих главах. Для многих молодых людей с социальной тревожностью этих техник будет достаточно, чтобы исправить негативные образы и развить более точные позитивные образы, а воспоминания о более ранних событиях спонтанно обновятся. Некоторые молодые люди с социальной тревожностью описывают негативные образы в отсутствие связанных с ним событий и для этой подгруппы пациентов методы, ориентированные на настоящее, также, вероятно, будут наиболее полезными.

Однако для некоторых людей использование техник, ориентированных на настоящее, не меняет негативные образы так сильно, как хотелось бы. Поскольку негативные образы часто связаны с социально травмирующими событиями в прошлом, существует дополнительная возможность использовать техники, ориентированные на воспоминания, которые мы считаем полезными. Есть два вида интервенций, которые терапевт может использовать, чтобы помочь молодому человеку различать то, что произошло в прошлом, то, что, как он боится, произойдет сейчас, и то, что происходит на самом деле. Эти интервенции были взяты из Когнитивной терапии ПТСР (Ehlers et al., 2005) и включают в себя: обучение дискриминации стимулов (discrimination training) и рескриптинг в воображении. Сначала обычно проводится тренинг дискриминации стимулов, но если проблемные воспоминания сохраняются, терапевт может перейти к рескриптингу, переписыванию образов в воображении.

Ряд исследований показал эффективность рескриптинга в воображении для взрослых с социальным тревожным расстройством. По сравнению с контрольной терапевтической сессией, в которой образы и воспоминания обсуждались, но не обновлялись, Wild, Hackmann и Clark (2008) сообщили, что сеанс с рескриптингом привел к большему продвижению в улучшении социального функционирования неделю спустя касательно силы негативных убеждений, яркости образов и воспоминаний, страха негативной оценки и тревоги в социальных ситуациях, вызывавших страх. Это согласуется с выводами другого исследования, изучавшего влияние рескриптинга на негативные социальные убеждения, яркость и живость образов и ранних воспоминаний, а также на результаты методик самоотчета о социальной тревожности у взрослых с социальным тревожным расстройством. Значительные улучшения во всех измерениях были замечены после переписывания образов (Wild, Hackmann, & Clark, 2007).

9.1. Когда использовать техники, связанные с воспоминаниями

Если в терапии используются техники, связанные с воспоминаниями, они, как правило, вводятся позже, после того как молодой человек посетил, по крайней мере, пять или шесть сеансов терапии. К тому времени подросток уже пройдет через некоторые из техник, фокусированных на настоящем, включая видеозапись и поведенческие эксперименты. Это будет полезно по двум причинам. Во-первых, терапевт будет иметь лучшее представление о том, как пациент реагирует на техники, фокусированные на настоящем, чтобы оценить необходимость интервенций, ориентированных на воспоминания. Если у молодого человека продолжают возникать образы после видеозаписи и некоторых поведенческих экспериментов, и терапевт смог выявить четкую связь между травмой и образом, тогда стоит попробовать эту технику. Во-вторых, терапевт и молодой человек к этому времени уже соберут некоторую

полезную информацию, которую можно будет использовать во время работы с воспоминаниями.

9.2. Обучение видению различий

Обучение видению различий направлено на то, чтобы помочь молодому человеку оценить текущую ситуацию, не окрашивая ее негативными воспоминаниями о прошлом. Проблема заключается в том, что люди чувствуют, что они находятся в текущей ситуации под такой же угрозой, как находились в социально травмирующем событии в прошлом, хотя это не так. Как будто их преследуют события прошлого. Первый шаг состоит в том, чтобы помочь молодому человеку интеллектуально осознать, что его нынешние страхи частично основаны на повторном переживании некоторых чувств, которые он испытывал в прошлой травмирующей ситуации, а не в нынешней объективной реальности.

Следующий шаг - эмоционально разорвать эту связь. Для этого их просят провести различия между "Тогда" (негативные социальные воспоминания) и "Сейчас" (то, как люди реагируют на них в настоящем). Если мы вспомним 15-летнюю Марту, которая боялась, что на нее накричат или отчитают ее, то у нее был негативный образ себя очень маленькой, "маленького ребенка", неспособного говорить, "с дрожащими губами, готовыми разрыдаться". Эти образы были связаны с событием в прошлом, когда Марте было 10 лет. Она вспомнила, как учитель отчитал ее перед классом, когда она опоздала, и некоторые одноклассники насмеялись над ней, когда она расстроилась. Ее негативный образ себя возник именно, начиная с этого события. Когда негативный образ срабатывает в настоящем, Марта испытывает те же чувства униженности, что и в 10-летнем возрасте, и чувствует, что на нее будут кричать или отвергнут так же, как тогда.

Шаг 1: Выявление негативного образа, убеждений и связанного с ними социально травматического воспоминания.

На первом этапе обучения дискриминации стимулов мы помогаем молодому человеку идентифицировать негативный образ, убеждения, чувства и связанные с ними социально травматические воспоминания. Часть этой информации уже собрана и может быть использована, например, при разработке персонализированной версии модели. Психотерапевт может объяснить:

«Мы говорили о том, что происходит у вас в голове, когда вы волнуетесь в социальных ситуациях. Мы обнаружили, что часто возникает некий набор мыслей (например, фраз

или утверждений) и всплывающих картинок или образов. Можем ли мы потратить немного времени на разговоры об этих картинках, образах или ощущениях, которые приходят на ум, когда вы встревожены? Давайте вспомним, какие они.»

Молодого человека просят описать свое негативный образ себя или ощущение. После того, как образ или ощущение были описаны, подростка просят описать убеждение или значение образа/ощущения, например, их могут попросить: - когда вы впервые почувствовали себя так, как в той картинке, которую только что описали?” Молодого человека просят вкратце рассказать о своем воспоминании об этом случае. Чтобы выявить значение воспоминания, молодого человека можно спросить: “Что самое страшное в этом воспоминании? Что это говорит о вас?” Значение образа и воспоминания можно обобщить, и тогда молодого человека просят "инкапсулировать" смысл в одном-двух коротких предложениях.

Полезно будет обобщить эту информацию, пояснив, что образ, чувства и убеждения, возникающие "Сейчас", обусловлены социально травмирующими воспоминаниями из прошлого. Следующий пример демонстрирует, как терапевт связывает текущий образ, мысли и чувства с прошлым воспоминанием Марты и идентифицирует ее "инкапсулированное убеждение":

Терапевт: *Могу ли я убедиться, что правильно вас понял? Итак, когда вы высказываете свое мнение или выражаете свой взгляд, например, на тему моды, с друзьями, или отвечаете на вопрос в классе, у вас возникает определенное чувство, представление о том, как вы выглядите в глазах других людей и как они будут вести себя по отношению к вам. Вы чувствуете себя очень незначительной, “маленьким ребенком”, и когда вы представляете себя, вы видите, что не можете говорить, что вы с “дрожащими губами и готовая разрыдаться”. Это заставляет вас чувствовать себя по-настоящему униженной и глупой. Вы чувствуете, что на вас будут кричать или люди не захотят с вами разговаривать. Это примерно так?*

Пациент: *Да, это так*

Терапевт: *Это звучит ужасно. И это звучит так, как будто эти картинка, мысли и чувства связаны с чем-то, что произошло, когда вы были намного младше, но это действительно застряло в вашем сознании. Сколько вам было, когда учитель отчитал вас за опоздание? Расскажите мне об этом, что именно случилось?*

Пациент: *Ну, я опоздала в школу. У меня была строгая классная руководительница, и она накричала на меня за опоздание. Некоторые девушки, которым я действительно не нравилась, смеялись надо мной и бросали на меня злобные взгляды.*

Терапевт: *О, понятно, и когда вы вспоминаете эту ситуацию и думаете о ней сейчас, что это значит для вас?*

Пациент: *Что "я недостаточно хороша... я дура... и все будут кричать на меня". Да, как будто я снова там, то же самое чувство, все заново.*

Терапевт: *Ага, значит, смысл, который связывает это воспоминание и тот образ, который возникает сейчас, таков: "Я дура, на меня будут кричать, и люди не захотят со мной разговаривать". Это отображает его?... И это звучит так, будто даже если то, что происходит здесь и сейчас, отличается, мысли и чувства прошлого возвращаются и заставляют вас думать, что люди будут реагировать на вас определенным образом? Выглядит как призрак из прошлого, возвращающийся, чтобы преследовать вас.*

Пациент: *На самом деле, это правда – как злой призрак!*

Терапевт: *Да, так что этот плохой или недружелюбный призрак из прошлого возвращается к вам в настоящем, "Сейчас", и вы думаете, что то же самое произойдет снова. Я хочу спросить Вас, можем ли мы теперь потратить немного времени на то, чтобы выяснить, актуальны ли эти вещи сейчас так же, как были тогда, когда вы были моложе?*

Шаг 2: Определение различий между "Тогда" и "Сейчас"

После этого психотерапевт и молодой человек могут работать над тем, чтобы выявить как можно больше различий между воспоминаниями из прошлого и тем, как люди реагируют на них сейчас. Этот процесс помогает разорвать связь интеллектуально. Это часто помогает молодому человеку дистанцироваться от своего негативного образа или ощущения и увидеть его скорее как воспоминание из прошлого. Различия могут включать фактическую информацию, например возраст, присутствующих в ситуации людей, рост, школу, а также то, как люди реагируют на них сейчас и чему они научились в терапии. Для Марты существовал ряд различий между 'Тогда' и 'Сейчас', которые отражены в таблице 16. Нашлось три основных отличия. Первое: в то время ей было 10 лет и она училась в 6-м классе начальной школы. Сейчас ей 14 лет, она учится в 9-м классе средней школы и готовится получить аттестат о среднем образовании. Второе: ее учителя теперь – это совсем другие люди. Третье: ее учитель в то время был строг и суров. Сейчас у нее очень хорошие отношения с классным руководителем и руководителем пастырского попечения. Четвертое: у нее теперь другие одноклассники, и среди них нет ни одного недружелюбного.

Таблица 16. Краткое описание различий между «Тогда» и «Сейчас» для обучения Марты беспристрастности

<i>Тогда</i>	<i>Сейчас</i>
<i>Мне было 10 лет, я училась в 6 классе начальной школы.</i>	<i>Сейчас мне 14 лет, я учусь в 9-м классе средней школы и готовлюсь получить аттестат о среднем образовании.</i>
<i>Моей учительницей была Мисс Маркс.</i>	<i>Мисс Маркс нет в моей новой школе. Сейчас у меня много разных учителей, и ни один из них не похож на нее.</i>
<i>Мисс Маркс была строгой и суровой</i>	<i>Мои нынешние учителя более спокойны, и у меня действительно хорошие отношения с ними.</i>
<i>Мисс Маркс на меня кричала, когда я что-то делала неправильно</i>	<i>Когда со мной сейчас говорят учителя, они не кричат на меня. даже если я делаю ошибки.</i>
<i>Некоторые из моих одноклассников не любили меня, смеялись надо мной и пялились на меня.</i>	<i>Теперь у меня другие одноклассники. Большинство из них дружелюбны, они не смеются и не пялятся на меня.</i>

Шаг 3: Разорвать связь между «Тогда» и «Сейчас»

Следующий шаг - помочь молодому человеку эмоционально разорвать эту связь. Мы делаем это, поощряя их обращать внимание на моменты, когда они испытывают те же чувства, которые они испытывали в своих воспоминаниях. Эти моменты можно рассматривать как прекрасную возможность переключить внимание вовне и внимательно наблюдать за тем, как на них реагируют окружающие в настоящем. Молодому человеку предлагается определить различия между тем, что происходит "Сейчас", и тем, что произошло "Тогда" (травмирующие социальные воспоминания). Например, Марта часто ощущала образ себя как "маленького ребенка, неспособного говорить" в классе. Поэтому во время занятий она выискивала моменты, когда всплывал этот образ и появлялись тревожные чувства. Первым делом она обратила внимание на свои ощущения и чувства и назвала их "призраком из прошлого". Затем она усердно работала, чтобы заметить различия между тогда и сейчас, включая учительницу, свой возраст, своих одноклассников, одежду, рост и то, как учитель обращался с учениками (вежливо и с уважением). Она была в состоянии оценить разницу между своими ощущениями и ожиданиями и реальностью. Чем больше молодой человек способен обращать внимание на настоящее и собирать новую информацию, противоречащую "Тогда", тем больше стираются воспоминания и развивается более реалистичная социальная самооценка. Дискриминация

стимулов может начинаться *in vivo* вместе с молодым человеком, а затем выполняться как домашнее задание.

9.3. Рескриптинг в воображении

Рескриптинг в воображении (Arntz & Weertman, 1999; Wild & Clark, 2011) направлен на переписывание искаженного образа или ощущения из прошлого на основе текущей информации. Это делается путем обновления более ранних воспоминаний, которые являются источниками негативных образов и убеждений социально тревожного подростка. Рескриптинг в воображении обычно полностью занимает 90-минутный сеанс и состоит из нескольких шагов. Во-первых, идентифицируются образы или ощущения, которые человек испытывает сейчас, когда он встревожен, затем они связываются с прошлым событием (событиями), и определяется "инкапсулированное значение" воспоминаний и текущего образа. Во-вторых, осуществляется когнитивная перестройка инкапсулированного убеждения. В-третьих, в воспоминания включаются новые смыслы, полученные в результате когнитивной перестройки, чтобы уменьшить страдания, которые они вызывают, и помочь молодому человеку. Каждый шаг подробно обсуждается ниже. Полезное описание этой процедуры со взрослыми приведено в Wild and Clark (2011).

Шаг 1: Выявление негативного образа, убеждений и связанных с ними социально травмирующих воспоминаний

Этот шаг происходит таким же образом, как и первый шаг обучения дискриминации стимулов, описанный выше. Первый этап - это выявление значения текущего образа молодого человека и травмирующего социального события, с которым он связан. Мы называем это инкапсулированным значением или убеждением. Молодых людей просят вспомнить текущий образ и социальную травму и подумать, что они говорят им о том, как они видят себя и других людей. Распространенными примерами инкапсулированных убеждений являются: "я глупый"; "люди думают, что я тупой"; "люди отвергнут меня и будут смеяться надо мной"; "я дурак, идиот"; "я неполноценен, и люди отвергнут меня".

Шаг 2: Когнитивное реструктурирование

«Инкапсулированное убеждение», связывающее негативный образ с травмирующим социальным воспоминанием, является фокусом когнитивной реструктуризации. Задача состоит в том, чтобы посмотреть на доказательства "за" и "против" убеждения, чтобы изменить негативное убеждение и осветить более благоприятную перспективу. Перед началом работы по

реструктуризации психотерапевт спрашивает молодого человека, насколько сильно он верит в это убеждение (от 0, "совсем нет" до 100, "полностью"). Затем терапевт и молодой человек обсуждают все доказательства "за" и "против" этого убеждения. Это будет включать доказательства, которые они собрали с момента события, а также то, что они узнали из терапии до настоящего времени (например, из видео-обратной связи, поведенческих экспериментов и опросов). Информацию записывают на доске. Психотерапевт помогает молодому человеку задаться вопросом о значении того, что произошло в прошлом, и о том, насколько это релевантно для настоящего. Это можно сделать, попросив подростка назвать случаи, когда, например, учитель говорил с ним ласково, случаи, когда он не был отвергнут, или, в качестве альтернативы, объяснения того, почему учитель может говорить с учеником строго. Когнитивная реструктуризация может занимать 30-45 минут.

Например, Кевин, 17-летний молодой человек с сильной социальной тревожностью, подвергался жестоким издевательствам в раннем подростковом возрасте. Он постоянно представлял себя съежившимся, дрожащим и ссутулившимся, что заставляло его чувствовать себя уязвимым, беспомощным и испуганным. Это имеет отношение к событию, произошедшему примерно в возрасте 11 лет, когда одноклассник украл его ботинки и ударил его по лицу, вызвав смех у некоторых приспешников преступника. Инкапсулированное убеждение было таким: *«Я уязвимый чудак. Все будут смеяться надо мной и отвергать меня»*.

Психотерапевт указал Кевину, что, хотя он чувствует себя "уязвимым чудачком", когда этот образ возникает в его уме, событие осталось в прошлом и сейчас все по-другому. Чтобы помочь Кевину провести это различие, психотерапевт задавал Кевину такие вопросы: "Почему дети издеваются над другими детьми?", "Что это говорит о однокласснике, который ударил вас?", "Можете ли вы вспомнить случаи, когда в последнее время вас принимали?». Психотерапевт также проанализировал с Кевином данные поведенческих экспериментов, которые показали многочисленные случаи, когда Кевин был принят. Они просмотрели видео-и фотосъемку, и Кевину было предложено спросить себя, видит ли он "уязвимого чудачка" (что не соответствовало действительности). Когнитивная реструктуризация была обобщена в таблице на доске (как показано в таблице 17).

Таблица 17. Доказательства Кевина в пользу его инкапсулированного убеждения и новой точки зрения

Доказательства старой точки зрения - 11 лет	Доказательства новой точки зрения - 17 лет
<i>Он на меня наехал и отобрал у меня ботинок.</i>	<i>Он неудачник; людям, которых я уважаю, есть чем занять свое время. Хотя мне досталось немало, но я знаю, что он издевался и над многими другими детьми. Дело было не только во мне.</i>
<i>Он ударил меня по лицу на глазах у всех.</i>	<i>Должно быть, он действительно чувствовал необходимость доказать, что способен на это. Дело не в том, что я уязвимый неудачник, а в том, что я не верю в агрессивный способ решения конфликтов, и он это знал. Я потерял с ним связь, но не думаю, что он далеко продвинется в жизни, потому что люди не любят людей, которые ведут себя подобным образом. Он неудачник в жизни. Я знаю, что я не уязвимый неудачник, потому что люди хотят познакомиться со мной и провести со мной время. Сейчас у меня все очень хорошо, меня приняли в университет. Я видел видео и фотоматериалы о себе, и я не выделяюсь. Я выгляжу как нормальный, уверенный в себе молодой человек.</i>
<i>Никто ничего не сделал, а некоторые смеялись</i>	<i>Позже некоторые люди подходили и спрашивали, все ли со мной в порядке, и говорили мне, какой он идиот. В то время они, вероятно, боялись, что он будет запугивать и их. Никто не смеялся над тем, что произошло, кроме маленькой банды этого хулигана, и они, вероятно, делали это только потому, что были так же испорчены, как и он.</i>

Шаг 3: Рескриптинг в воображении

Рескриптинг в воображении направлен на обновление социально травмирующих воспоминаний новой информацией, полученной в результате когнитивной реструктуризации. Это трехэтапный процесс, который включает в себя повторное переживание события из прошлого и его переосмысления с помощью новых смыслов, которые были разработаны в ходе когнитивной реструктуризации. Чтобы объяснить подростку смысл рескриптинга в воображении, мы могли бы сказать:

Мы обнаружили, что из-за событий в прошлом вы придерживаетесь определенных убеждений о себе. И вы думаете, что люди будут реагировать на вас здесь и сейчас так же, как и тогда. Это похоже на то, что была нажата кнопка паузы, и вы видите вещи сейчас на основе того, что произошло тогда. Но что действительно важно, так это

то, что мы обнаружили, что теперь все по-другому. Например, вас не запугивают и не отвергают, и люди хотят быть рядом с вами. И это воспоминание огорчает, но, может быть, не говорит всей правды о том, что произошло. Итак, что нам нужно сделать сейчас, так это добавить эту действительно важную новую информацию в свои воспоминания, обновить их, чтобы они учитывали, кто вы сейчас. И мы делаем это, перемотав события назад и возвращаясь к воспоминанию. Мы начнем с того, что вы озвучиваете событие по памяти от первого лица (“Я”) и в настоящем времени (“Я есть”), как будто это происходит с вами снова. Затем мы сможем привнести в воспоминание новую информацию, которую вы знаете сейчас, как выросший Кевин. Вы могли бы помочь себе, поговорив с маленьким Кевином или вмешавшись каким-то другим способом, например, поговорив с другими людьми. То, что мы хотим сделать – это обновить воспоминание, чтобы оно осталось в прошлом и больше не мешало тому, как вы видите вещи сейчас. Я проведу вас через все это, и я мог бы делать предложения или задавать вопросы по ходу дела, как это для вас звучит? Поэтому первое, что нужно сделать – это напомнить себе о прошлом событии и о чувствах, которые приходят вместе с ним. И тогда мы сможем привнести в это воспоминание новую информацию. Но для начала давайте просто вспомним.

На первом этапе событие переживается заново из того возраста, в котором оно произошло. Для начала терапевт просит молодого человека закрыть глаза и поговорить воспоминание из того возраста, в котором он был, когда произошло событие. Терапевт может вмешаться, чтобы побудить молодого человека описать образ в деталях и определить свои мысли и чувства, а также то, что происходит. Вопросы могут быть такими: *Что вы видите? Что вы слышите? Что сейчас происходит у вас в голове? Как вы себя чувствуете?* Задавая вопросы в настоящем времени, психотерапевт поощряет молодого человека к тому, чтобы оставаться в позиции настоящего времени. Если молодой человек соскальзывает в прошедшее время, может быть полезно, если терапевт задаст вопрос в настоящем времени, чтобы напомнить ему, например: “а что происходит сейчас?” В следующей стенограмме рассказывается о том, как терапевт проходил первый этап с Кевином.

Терапевт: *Итак, закройте глаза и, когда будете готовы, вернитесь назад. Вам 11 лет, Вы сидите в классе, сейчас перемена ...можете ли вы рассказать мне, что сейчас происходит, как это разворачивается...*

Пациент: *Я сижу в классе на перемене. Вокруг люди, собрались группами. Кто-то болтает, кто-то работает. Я сижу сам по себе. Люк, Джош и все остальные сидят в одном*

конце класса. Люк сидит на столе. Они смеются и громко разговаривают. Я просто сижу, опустив голову. Затем я начинаю замечать, что они указывают на меня, я как бы знаю, что они шутят обо мне. Я слышу слова, но не слышу всего, что они говорят, они говорят “чудак”, “неудачник” и “урод”. Я думаю: “началось”, и говорю себе: “опусти голову вниз, надеюсь, они скоро уйдут”. Краем глаза я вижу, как Люк встает. Он встает и медленно подходит. Страх овладевает мной, и я думаю: “Что он со мной сделает? Он собирается накричать на меня или ударить. На глазах у всех. Потом... потом...”

Терапевт: Отлично, Кевин, молодец. Итак, Люк подходит к вам, и вы думаете: “он собирается кричать на меня или ударить меня. На глазах у всех”. И как вы себя чувствуете сейчас, чувствуете ли вы страх, на сколько баллов? Что происходит потом?

Пациент: Да, я действительно боюсь. На 10.

Терапевт: Хорошо, просто оставайтесь с этим. У Вас прекрасно получается.

Пациент: Потом все происходит очень быстро. Он прямо здесь, и он сдергивает ботинок с моей ноги. Он держит мой ботинок высоко в воздухе, чтобы все видели. Он говорит, он говорит: “У меня в руках ботинок неудачника Кевина – мерзкий, вонючий и дешевый. Твоя мамочка купила их тебе, Кевин?”. Я слышу, как люди смеются. Я чувствую себя таким маленьким, таким жалким. Я не знаю, что мне делать сейчас, и не знаю, что Люк собирается делать дальше. Я думаю, он собирается сделать мне больно. А потом ... гм..

Терапевт: Отлично, Кевин, продолжайте...

Пациент: А потом он подходит ближе и дает мне пощечину. Я чувствую горячее жжение на своем лице.

Терапевт: Какие у вас чувства?

Пациент: Стыд... стыд и унижение

Терапевт: Да... И что происходит потом?

Пациент: Я не могу поверить в то, что он сделал. Я снова слышу смех. Я чувствую себя каким-то уязвимым уродом, я съеживаюсь. Я не хочу, чтобы он снова причинил мне боль, но не думаю, что смогу остановить его. Я просто жду, а потом он уходит, я слышу звук моего ботинка, приземляющегося рядом со мной. Я чувствую себя таким жалким. Через некоторое время раздается звонок и входит учитель. Я оглядываюсь, тянусь за ботинком и надеваю его. Я хочу, чтобы этот день закончился и я смог вернуться домой. В конце урока несколько человек тихо спрашивают, все ли со мной в порядке.

С помощью тщательных расспросов терапевт смог получить доступ к первоначальным воспоминаниям и болезненным чувствам, связанным с ними. Вторая стадия погружения в событие включает в себя его переживание с текущей точки зрения человека, наблюдение за тем, что происходит с его более молодым "я". Терапевт может попросить молодого человека представить, что он находится в комнате и наблюдает за происходящими событиями.

Терапевт: *О'кей, вы действительно хорошо справляетесь, Кевин. А теперь, продолжая держать глаза закрытыми, мы перейдем к следующему этапу. То, что мы собираемся сделать, - это снова пробежаться по событию, но на этот раз так, как будто вы, такой как вы сейчас, находитесь в классе, наблюдая за происходящими событиями. Поэтому вы можете сказать: "Я вижу Кевина, сидящего в классе"... Что вы видите, расскажите мне...*

Пациент: *Кевин сидит один в классе во время перерыва. В комнате довольно много людей, некоторые просто сидят и болтают или работают. Он делает кое-какие домашние задания. Группа школьных хулиганов сидит и отпускает громкие, грубые шутки обо всех. Я вижу, как другим людям неловко, когда Люк что-то выкрикивает. Никто не хочет смотреть им в глаза. Они начинают шутить обо мне. О Кевине. Я вижу, что они выбрали человека, который спокоен и сам по себе. Они делают неприятные комментарии. Кевин тоже не поднимает глаз, как и его одноклассники. Они такие идиоты! Точно можно сказать, что все в комнате думают именно так. Почему бы им не занять себя чем-то и не оставить Кевина и всех остальных в покое?*

Терапевт: *Да, они правда идиоты! Что происходит потом?*

Пациент: *Люк не оставляет Кевина в покое, он идет к нему. Видно, что Кевин старается, чтобы его не заметили. Он делает то, что сделал бы любой нормальный человек. Но Люк продолжает приближаться. Тогда - это просто бред какой-то - Люк снимает с Кевина ботинок! Я имею в виду, что за...? Кто бы это стал делать? Он просто идиот. Люк делает ужасные комментарии о Кевине, пытаясь унижить его. А потом становится еще хуже - бедный Кевин! Люк дает ему пощечину. И как будто он получает удовольствие или что-то в этом роде? Как будто он пытается доказать, какой он большой и сильный, причиняя боль кому-то, кто не стал бы так себя вести.*

Терапевт: *А что вы еще можете увидеть? Что там с другими людьми в классе?*

Пациент: *Я вижу, как идиоты-приятели Люка смеются вместе с ним. Но как будто они пытаются угодить Люку или что-то в этом роде. Как неубедительно. А все остальные выглядят так, будто не знают, что делать. Они выглядят потрясенными. Никто не смеется.*

Терапевт: *Они сами выглядят немного испуганными и вроде как оглядываются, но потом отводят взгляд. Бедный Кевин. А чуть позже к нему приходит пара человек проверить, как он там.*

На третьей стадии событие переживается заново с того возраста, в котором оно произошло. На этот раз старшее "я" находится с более молодым "я". Старшее "я" может вмешаться, оказать поддержку или предложить новую информацию.

Терапевт: *Вы так усердно работаете, Кевин, вы молодец. И мы почти закончили. Нам нужно пройти через это событие в последний раз. На этот раз я хочу, чтобы вы представили, что вы снова находитесь там, вам 11 лет, и события происходят прямо сейчас, но на этот раз ваше старшее "я" тоже там, в классе. У него есть вся информация, полученная в ходе нашей терапии, и он может вмешаться, если вы захотите, напомнить вам о чем-то, поговорить с Люком или вашими одноклассниками или что-то еще, что вы можете найти полезным. Это нормально для вас? Ну что, продолжим? Итак, вы находитесь в классе во время перерыва...*

Пациент: *Я нахожусь в классе во время перерыва, сижу за своим столом. Вокруг довольно много людей, они сидят, болтают или работают. Люк и его приятели громко и грубо шутят обо всех. Видно, что люди чувствуют себя неуютно. Мне бы хотелось, чтобы им сказали, какие они неудачники, чтобы никто не считал их смешными.*

Терапевт: *Отлично, Кевин. Есть ли что-то, что ваше старшее «я», старший Кевин мог бы сейчас сказать?*

Пациент: *Да, поэтому я говорю: “Люк, почему ты так себя ведешь? Никто не находит это смешным, и я думаю, что ты тоже. Почему бы вам не относиться к людям с уважением, и вы могли бы завести настоящих друзей. Я уверен, что в глубине души ты хороший человек. Интересно, неужели с тобой обошлись настолько жестоко, что ты так себя ведешь?”*

Терапевт: *И как реагирует Люк? Что вы видите?*

Пациент: *Он выглядит так, как будто хочет защищаться, но также как будто он знает, что я говорю, что это правда. Мне его даже жалко.*

Терапевт: *Здорово, продолжайте...*

Пациент: *Тогда он швырнул в меня ботинок и дал пощечину. Я чувствую себя таким маленьким, уязвимым и похожим на урода, согнувшегося пополам...*

Терапевт: *Чем сейчас может помочь старший Кевин?*

Пациент: *Он может напомнить Кевину, что он добрый, мягкий человек, и то, что его поведение показывает прямо сейчас, - это то, что он тот, кто не верит в насилие, кто уважает других. В результате он решил не давать сдачи.*

Терапевт: *Здорово, и что это говорит о Кевине, какой он?*

Пациент: *Сильный, я думаю.*

Терапевт: *И что теперь знает старший Кевин о том, как выглядит младший? Он похож на "уязвимого уroda, согнувшегося пополам"?*

Пациент: *Нет, он обычный человек, который может выстоять. У которого есть друзья. Он собирается сбежать от этой группы хулиганов и поступить в университет.*

Терапевт: *А как насчет одноклассников Кевина? Есть ли что-нибудь, что мы должны напомнить младшему Кевину о них? Отвергают ли они его?*

Пациент: *Ну, они потом приходят и разговаривают с ним потом, и объясняют, что они хотели бы вмешаться. Но они боялись, они тоже не хотели, чтобы Люк и его банда дразнили их. Они говорят Кевину, что все они так же относятся к хулиганам, и говорят, что, по их мнению, он справился очень хорошо. Они не отвергли его.*

Терапевт: *Есть ли еще что-нибудь, что младшему Кевину стоит сейчас знать?*

Пациент: *Я думаю, что это был только период его жизни. Что он идет дальше, он растет и с ним все в полном порядке. Что он заводит друзей, хорошо учится и собирается поступать в университет. Что он делает это.*

Терапевт: *Это действительно просто здорово, и можете ли вы просто заметить на мгновение, как это ощущается?*

Пациент: *Это правда прекрасно ощущается.*

Терапевт: *Прекрасно. Итак, побудьте в этом еще минутку, а когда будете готовы, откройте глаза и вернитесь в комнату.*

В конце молодого человека просят открыть глаза. Терапевт хвалит молодого человека. Они могут поразмышлять над этим процессом вместе с терапевтом, в частности, замечая, что они чувствуют и что сейчас происходит с воспоминанием, прежде чем еще раз оценить первоначальное инкапсулированное убеждение. Полезный способ проверить, действительно ли воспоминание изменилось, - это сделать последнее краткое повторное воспроизведение ситуации с позиции молодого человека, чтобы убедиться, что эмоции изменились.

9.4. Возможные трудности

Осталось ли это воспоминание в прошлом?

Работа с воспоминаниями вряд ли будет эффективной, если угроза молодому человеку реальна, например, когда издевательства продолжаются, а не остались в прошлом. В этих обстоятельствах терапевт может решить, что лучшее направление действий - это работа со школой и семьей, чтобы, в первую очередь, решить проблему буллинга. Это описано в главе 12 (стр. 205).

Множественные социально травмирующие воспоминания

Некоторые молодые люди будут иметь множество социально травмирующих воспоминаний, которые вызывают дистресс. В этой ситуации психотерапевт может помочь молодому человеку определить воспоминание, которое причиняет больше всего страданий, и начать проводить рескриптинг в воображении именно с него. Часто через разные воспоминания проходят одинаковые когнитивные темы (например, унижение). Таким образом, мы часто обнаруживаем, что после того, как рескриптинг был завершен с одним воспоминанием, другие воспоминания также улучшаются без прямого вмешательства. Однако, если этого не происходит, то для других воспоминаний может быть проведен дополнительный рескриптинг в воображении.

ГЛАВА 10. ПРЕДВОСХИЩАЮЩЕЕ БЕСПОКОЙСТВО И РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ РАЗБОР СОБЫТИЙ

«О, не спрашивай, что это. Давай просто пойдём и проверим».

Т. С. Элиот, Любовная песня Дж. Альфреда Пруфрока

До и после социальных ситуаций многие социально тревожные подростки тратят много времени на размышления о том, как прошло взаимодействие, о своих предполагаемых социальных неудачах и о том, что о них думают другие люди. Предвосхищая социальную ситуацию, социально тревожные подростки часто описывают свои размышления о том, что может пойти не так, о худших вещах, которые могут произойти, о похожих ситуациях в прошлом, которые обернулись неудачей, и о том, что люди могут о них подумать. Они также часто замечают, что испытывают тревогу, думая о предстоящих ситуациях социального взаимодействия, и склонны интерпретировать это чувство как знак того, что они будут плохо выглядеть. Они также могут пытаться думать над тем, как они могут предотвратить возникновение негативных последствий или как они могут избежать ситуации или выйти из нее. Точно так же, обычным явлением являются ретроспективный разбор события или руминации после социального мероприятия. Многие молодые люди обнаруживают, что они застревают на воспоминаниях о том, что произошло. Они могут вновь и вновь прокручивать слова и действия, которые по их мнению были неправильными. Они сравнивают свои воспоминания о том, что они сказали и сделали, с тем, как, по их мнению, им следовало себя вести. Эти мысли после события часто вызывают чувства стыда, ощущение униженности, собственной глупости и негативные представления о себе.

Повторяющиеся мысли, предвосхищающие социальные взаимодействия, как и следующие вслед за ними, бесполезны. Предвосхищающее беспокойство бесполезно по следующим причинам. Во-первых, это воссоздает воспоминания о прошлом негативном социальном опыте. Эти воспоминания вызывают тревогу и заставляют человека опасаться, что предстоящая ситуация будет столь же негативной. Во-вторых, беспокойство увеличивает сосредоточенность внимания на самом себе. Фокус внимания на себе усиливает тревожные чувства и негативные мысли. Внутренняя информация используется для формирования негативного самоощущения на тему того, как они будут справляться с какими-то важными для них вещами. В-третьих, когда подросток беспокоится о предстоящем социальном взаимодействии, он склонен к катастрофизации, то есть сосредотачивается на худшем из возможных исходов ситуации. Это еще больше усиливает тревогу и концентрирует внимание на себе. В-четвертых, в результате тревоги и негативных мыслей подростки обычно чувствуют

себя вынужденными уделять значительное время планированию используемого охранительного поведения и стратегий избегания. Человек может в принципе избегать таких ситуаций. Руминации или анализ социальной ситуации после того, как она произошла, также бесполезны. Руминации приводят подростков к мысли, что социальная ситуация сложилась гораздо хуже, чем они изначально предполагали. Основная причина этого заключается в том, что, когда человек думает о какой-либо ситуации после того, как она случилась, в его мышлении преобладают чувства и образы. Существует недостаток объективной информации, которая была доступна в моменте. Человек полагается на воспоминания о том, что он чувствовал, и на образы самого себя, не имея возможности скорректировать информацию, потому что он больше не находится в этой ситуации. Образы и чувства, как правило, негативны, и поскольку они являются основным фокусом размышлений, оценки ситуации становятся еще более негативными. Таким образом, в то время как вы, возможно, изначально оценивали ситуацию как нормальную, после ретроспективного разбора события, тщательно изучив худшие моменты и чувства, вы можете в конечном итоге прийти к выводу: “Я повел себя как дурак и я не могу снова встретиться с этими людьми.” Таким образом, ситуация переписывается в более негативном ключе. Руминации усиливают тревогу и чувство стыда. Эти чувства используются как свидетельство того, насколько плохо сложилась ситуация.

Лара боится, что ее отвергнут, потому что она скучная. В результате она склонна соглашаться с другими и редко высказывает собственное мнение. Лара с трудом засыпает по ночам. Обычно она лежит и не спит, "препарируя" социальные взаимодействия, которые у нее в тот день были в школе. Например, как-то вечером она вспомнила, как протекало общение с друзьями тем днем. Ее друзья говорили о фильме, который они все видели, кроме нее. В тот вечер Лара помнила, как сидела, кивая, пока остальные болтали о фильме, чувствуя, что ей нечего добавить, и чувствуя себя неловко и нервничая. Всё это время она представляла себя пустой и тупой. Все, что она могла, это только представлять, как другие удивляются, почему они вообще с ней общаются. От этих воспоминаний, образов и мыслей Лару передергивало от стыда, и она чувствовала все большую тревогу и подавленность. Она думала, что бы ей такого делать, чтобы не упасть в грязь лицом, как в этот раз. Она проводила время, обдумывая темы, на которые могла бы говорить с друзьями, и думала, не попытаться ли ей завтра полностью избежать посещения школы. В конце концов Лара почувствовала опустошение и безнадежность.

10.1. Когда использовать техники, направленные на работу с беспокойством и руминациями

Хотя предвосхищающий и ретроспективный разбор события часто встречается при социальной тревожности, это не то, на что должно быть нацелено лечение всех молодых людей. Тем не менее, терапевт должен внимательно следить за беспокойством и руминациями, поскольку это может помешать прогрессу в терапии. Например, успешные поведенческие эксперименты могут быть подорваны негативным переигрыванием и переписыванием события в ходе руминации. Иногда позитивный результат может быть заменен совершенно другим (негативным) посланием. Кроме того, молодой человек может не прийти на сеанс, потому что он очень беспокоится о возможности проведения поведенческого эксперимента.

Главное, на что следует обратить внимание при определении того, нужно ли вам специально работать с беспокойством и руминациями, - это то, насколько они заметны и насколько эти процессы не меняются при лечении, когда вы фокусируетесь на стандартных методах. Оценка беспокойства и руминаций должна проводиться в рамках первоначальной психологической оценки (см. главу 4, стр. 64). Вопросы, которые могут быть полезны в выявлении проблемного беспокойства, включают в себя:

“Перед социальной ситуацией [вставьте здесь конкретную пугающую ситуацию] ловите ли вы себя на том, что думаете о ней?”

“На что похожи эти мысли?”

“Как они заставляют вас себя чувствовать?”

“Какие ощущения вы замечаете в своем теле?”

“Вы склонны сосредотачиваться на вещах, которые могли бы быть приятными в предстоящей ситуации? Или же на том, что может пойти не так?”

“Когда вы думаете о том, что может пойти не так, что тогда происходит?”

“Насколько трудно вырваться из этого типа мышления?”

“Как часто это происходит?”

Вопросы, которые могут быть полезны для выявления проблемных руминаций, включают в себя:

“После социальной ситуации [вставьте здесь конкретную пугающую ситуацию] обнаруживаете ли вы, что снова проигрываете ее в своем уме?”

“На что похожи эти мысли?”

“Как они заставляют вас себя чувствовать?”

“Какие ощущения вы замечаете в своем теле?”

“Вы склонны сосредотачиваться на том, что было хорошо в разговоре, что было приятно, или на том, что, по вашему мнению, прошло не так хорошо?”

“Что тогда происходит?”

“Насколько трудно справиться с этой привычкой?”

“Как часто это происходит?”

В ходе психологической оценки также полезно использовать Еженедельную Сводную Шкалу Социальной Фобии (Social Phobia Weekly Summary Scale, SPWSS), включающая два отдельных пункта, связанных с беспокойством и руминациями, чтобы увидеть, набирает ли молодой человек высокие баллы (см. Таблицу 8 и Приложение В). Внимательно это отслеживайте на ранних стадиях терапии. Если психологическая оценка и SPWSS показывают, что беспокойство и/или руминации изначально высоки, то контролируйте их (путем опроса и отслеживания баллов SPWSS), чтобы увидеть, снижается ли их выраженность с использованием стандартных компонентов лечения. Если она сохраняется, то это признак того, что в ближайшее время необходимо будет провести специальную работу с беспокойством и руминациями.

Еще одним показателем того, что необходима конкретная работа над беспокойством и руминациями, является то, что молодой человек приходит на сеанс, выражая разочарование предыдущими поведенческими экспериментами, которые, как известно терапевту, были в свое время успешными. Это часто является признаком того, что молодой человек размышлял об эксперименте в течение прошедшей недели, "переписывая" его в более негативный опыт.

Если молодые люди постоянно сообщают о сложностях со сном, то терапевт должен иметь в виду возможность того, что это связано с беспокойством и руминациями.

Наконец, молодым людям с коморбидным генерализованным тревожным расстройством (ГТР), вероятно, потребуются дополнительная работа над беспокойством и руминациями. Молодые люди с коморбидным ГТР очевидно будут иметь большое количество руминаций на разные темы, включая темы социального взаимодействия, соответственно, работа с руминациями будет одним из фокусов терапии.

10.2. Обзор методов

Многие подростки будут рассматривать свое беспокойство и руминации как полезную стратегию для преодоления своих социальных трудностей и улучшения своей социальной деятельности. Поэтому первый шаг в лечении состоит в том, чтобы помочь подростку осознать, что у такого способа мышления есть недостатки, а затем взвесить недостатки и преимущества

такого мышления. Когда это делается, вскоре становится очевидным, что недостатки перевешивают преимущества.

Для многих подростков беспокойство и руминации становятся привычными и автоматическими. По этой причине они не всегда могут распознать, когда это происходит. Таким образом, второй шаг состоит в том, чтобы помочь молодым людям замечать беспокойство и руминации всякий раз, когда они происходят. Как только они это заметили, им предлагается напомнить себе о недостатках беспокойства в данный момент. Затем они могут преобразовать свои страхи (о том, как они справились/справятся) в конкретные предсказания, которые будут проверены в ходе третьего шага. Это даст молодому человеку возможность получить доступ к объективной информации о том, как он справляется, а не использовать преимущественно вводящую в заблуждение и негативную предвзятую информацию из беспокойств и руминаций. Затем, в-четвертых, молодой человек может решить отложить свои проблемы в сторону (то есть не беспокоиться и не руминировать) до тех пор, пока предсказание не будет проверено.

Методы, нацеленные на беспокойство и руминации, обычно занимают не более одного сеанса терапии. Затем молодой человек может выполнять домашние задания, чтобы опробовать технику на практике. Домашние задания можно рассмотреть и обсудить сложности на последующих сессиях.

10.3. Преимущества и недостатки беспокойства и руминаций

Начните с того, чтобы помочь молодому человеку описать и понять свой опыт беспокойств и руминаций. Сделайте это, попросив молодого человека вспомнить недавнюю типичную ситуацию, когда он заранее беспокоился о социальной ситуации или проводил ее анализ. Затем терапевт и подросток могут наметить преимущества и недостатки беспокойства и руминаций. В случае беспокойства спросите их, о какой ситуации они беспокоились, чего они боялись. Затем исследуйте образы, которые появились во время беспокойства.

Терапевт может спросить:

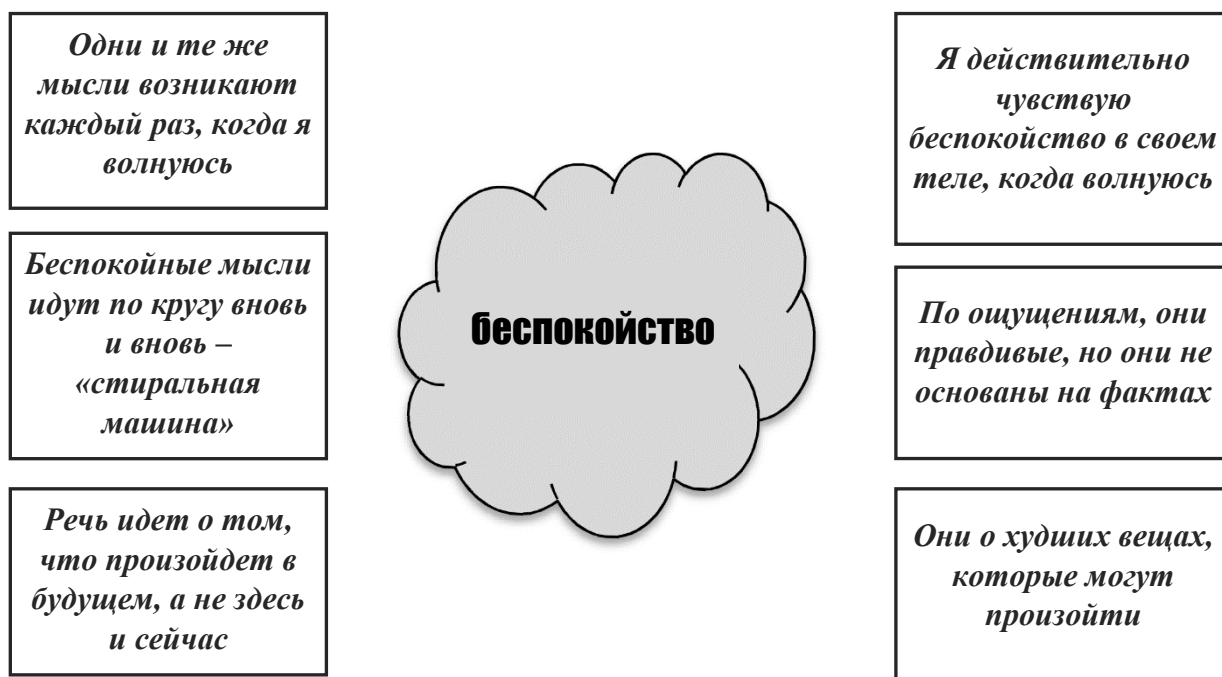
Был ли у вас образ или ощущение того, как, по вашему мнению, вы будете выглядеть?

Если да, то на что это было похоже?

Если бы кто-то другой мог видеть эту картинку, что бы они увидели?

Может быть полезно нарисовать это на ментальной карте вместе с молодым человеком. Ментальная карта беспокойства Лары показана на рисунке 8.

Рисунок 8. «Ментальная карта» процесса беспокойства Лары



Тогда можно выявить последствия беспокойства. Необходимо выделить следующие моменты: беспокойство повышает тревожность, снижает уверенность в социальных способностях и порождает особые негативные прогнозы относительно предстоящей ситуации. Затем молодого человека просят составить список преимуществ и недостатков беспокойства.

Поначалу молодой человек, скорее всего, не будет знать о недостатках беспокойства и руминаций. Поэтому терапевту важно помочь идентифицировать их с помощью сократических вопросов. Следующий диалог показывает, как психотерапевт помогает Ларе определить бесполезные последствия беспокойства:

Терапевт: *Таким образом, вы беспокоитесь, чтобы попытаться подготовиться к социальным ситуациям и убедиться, что вы не напортачите. Расскажите мне о том, что происходит, когда вы беспокоитесь. Можете ли вы вспомнить недавнюю ситуацию?*

Пациент: *Я думала о задании по чтению, которое нам задали в школе на следующую неделю. И это действительно напрягает меня, потому что его надо будет сдавать на глазах у всех. Поэтому я много думаю об этом, особенно по ночам.*

Терапевт: *Хорошо, а какие мысли крутятся у вас в голове, когда вы об этом думаете?*

Пациент: *Я все время представляю, как выставляю себя идиоткой, не умею говорить, выбираю какой-то неубедительный текст для чтения.*

Терапевт: *Таким образом, вы обнаруживаете, что сосредотачиваетесь на всем, что может пойти не так, на худших сценариях. Вы когда-нибудь думали о том, что может пойти хорошо?*

Пациент: *Нет!*

Терапевт: *Итак, вы сосредоточены на плохих результатах. И что тогда? Ваши ум обращается к другим подобным ситуациям в прошлом?*

Пациент: *Да, ко всем тем ужасным историям, когда мне приходилось выступать перед публикой.*

Терапевт: *Похоже, вы вспоминаете истории, где все шло не так хорошо, а не те истории, в которых все было хорошо. Это правда?*

Пациент: *Да, они вспоминаются. Затем я начинаю думать о том, что мне нужно сделать, чтобы это прекратить. Я думаю, что мне следует изменить свой выбор того, что именно я буду читать, больше практиковаться. Я думаю о том, смогу ли я как-нибудь с этим справиться. И я думаю, что просто не смогу это сделать.*

Терапевт: *Итак, эти мысли заставляют вас думать, что вы должны вести себя в соответствии со своим охранительным поведением или избегать ситуации, и это звучит так, как будто они заставляют вас чувствовать себя действительно неуверенной в своих способностях. Так что же вы, в итоге, чувствуете?*

Пациент: *Уфф, напряжение и панику.*

Терапевт: *Вы нервничали и паниковали. И все это в ночное время? Если бы у меня были такие чувства, я бы потом с трудом заснул. С вами такое случается?*

Пациент: *Да, я лежу, чувствуя себя полным дерьмом, и не могу отключиться. Затем я начинаю беспокоиться о том, что устану на следующий день, поэтому возникает еще больше стресса.*

Терапевт: *Хорошо, могу ли я сейчас остановиться и проверить, правильно ли я вас понял? Это действительно очень непросто и Вы это так ясно это объяснили - отличная работа. С одной стороны, вы сказали, что думаете, что беспокойство помогает вам подготовиться и не напортачить. Но, с другой стороны, беспокойство заставляет вас сосредоточиться на том, что может пойти не так (а не на том, что может пойти хорошо), и по факту заставляет вас быть уверенной в том, что ситуация пойдет плохо. Когда вы беспокоитесь, вас переполняют воспоминания о прошлых случаях, когда все шло не так хорошо (и забываются времена, когда все шло хорошо). В конечном итоге вы чувствуете себя*

действительно неуверенной в своих способностях. И тогда, по понятным причинам, вы начинаете думать, что вам нужно следовать Вашему охранительному поведению, которое, как мы знаем, бесполезно, или избегать ситуаций, что, как мы также знаем, ничего не меняет. И все это заставляет вас чувствовать напряжение, и поэтому вы не можете спать. Это примерно так?

Пациент: Я так думаю. Но когда вы говорите об этом, это не кажется полезным

Терапевт: Вот именно! Как Вы думаете, должны ли мы поработать над тем, чтобы выработать способ, как избежать беспокойства?

Пациент: Да, но я не думаю, что смогу иначе. Я просто привыкла делать вот так.

Терапевт: Я думаю, там есть пара моментов. Во-первых, просто то, что это привычка, не говорит о том, что она полезна (как насчет сосания большого пальца или кусания ногтей?!). Во-вторых, могут ли люди отказаться от привычек? А как насчет таких привычек, как сосание большого пальца? Я знаю многих взрослых, которые в детстве сосали большие пальцы, но научились избавляться от этой привычки – а как насчет Вас? Вы можете вспомнить кого-нибудь? Как вы думаете, как они изменили свои привычки?

Затем Лара и ее терапевт обобщили список преимуществ и недостатков в таблице (таблица 18).

Таблица 18. Преимущества и недостатки беспокойства Лары

Преимущества беспокойства	Недостатки беспокойства
<ul style="list-style-type: none"> ● Помогает мне подготовиться и подумать о способах справиться с предстоящим событием ● Помогает мне убедиться, что я не испорчу все так же, как обычно. ● Это просто то, что я делаю. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Беспокойство на самом деле не помогает мне подготовиться. Оно заставляет меня чувствовать себя более тревожно и как будто я не могу справиться. ● Беспокойство заставляет меня думать, что все пойдет не так. Это заставляет меня хотеть избежать ситуации и просто не делать этого. ● Просто то, что это привычка, не делает ее полезной (как насчет сосания большого пальца или кусания ногтей?!) ● Это заставляет меня вспомнить периоды, когда ситуации складывались не так хорошо, что заставляет меня больше беспокоиться, а не те периоды, когда все шло хорошо ● Я сосредотачиваюсь на себе. Я представляю себя пустой и тупой.

- *Это заставляет меня чувствовать, что я должна прибегать к охранительному поведению, хотя я знаю, что оно не помогает. Поэтому я начинаю готовить темы для разговора на следующий день, чтобы справиться с ситуациями в школе*
- *Я недосыпаю и это ведет к тому, что на следующий день я устаю и испытываю стресс*
- *Я чувствую себя жалкой, потому что продолжаю просить свою лучшую подругу утешать меня. И я думаю, что она начинает раздражаться из-за того, что я это делаю.*

Очень похожая процедура используется для выявления преимуществ и недостатков руминаций. Сначала молодого человека просят вспомнить недавнюю ситуацию, когда он руминировал. Затем просят описать ситуацию, о которой он беспокоился, и описать что из этого произошло. Затем выясняют, концентрировался ли молодой человек на том, что он чувствовал в этой ситуации, и если да, то что это было за чувство. Затем можно идентифицировать саморепрезентацию, его образ своего "Я". Спросите молодого человека, что, по его мнению, заметили другие люди и что они думали о нем. Спросите, приходили ли на ум воспоминания о предыдущих инцидентах и как это было. Наконец, спросите о последствиях такого мышления. Это включает в себя влияние на то, как молодой человек чувствует себя и насколько уверенно он чувствует себя в дальнейших социальных ситуациях, а также влияние на повседневную деятельность.

10.4. Как замечать и прекращать беспокойство и руминации

Как только подросток осознает бесполезные последствия беспокойства и руминаций, следующий шаг – избавиться от этой привычки.

Как замечать и беспокойство и руминации

Беспокойство и руминации, вероятно, стали привычкой. Молодому человеку нужно будет привыкнуть распознавать их всякий раз, когда это происходит, прежде чем он сможет избавиться от этого. Могут быть определенные моменты, когда это происходит, например, перед сном. Молодой человек может вести ежедневный журнал беспокойства и руминаций, чтобы помочь им следить за этим.

Вспомните о недостатках беспокойства и руминаций

Когда молодой человек замечает, что руминирует, он может вспомнить о недостатках этого мыслительного процесса, которые он обсуждал ранее на сеансе. Некоторым молодым людям в текущий момент трудно это сделать. Поэтому может быть полезно обобщить недостатки на копинг-карте, которую они будут держать под рукой в эти моменты. Копинг-карта может храниться в виде карточки в бумажнике или в кармане или храниться в качестве электронного напоминания на смартфоне. Копинг-карта Лары (которую она решила хранить как в бумажном, так и в электронном формате) показана на рис. 9.

Рисунок 9. Копинг-карта Лары, обобщающая недостатки беспокойства

Беспокойство заставляет меня:

Чувствовать еще больше беспокойства и как будто я не могу справиться.

Усталость и стресс на следующий день

Это бесполезная привычка!

Мешает мне вспоминать мои успехи.

Быть более сосредоточенный на себе

Преобразуйте беспокойство и руминации в прогнозы, которые можно проверить

Одна из главных проблем с руминациями заключается в том, что они основаны на вводящей в заблуждение информации, которая, в отрицательном смысле, предвзята. Оказавшись вне ситуации и охваченный беспокойством, молодой человек не может сосредоточиться на внешнем мире и оглядеться вокруг в поисках объективной информации, чтобы проверить свои страхи. Поэтому важно помочь молодому человеку с социальной тревогой сформулировать конкретный страх или проблему, о которых он руминирует или беспокоится. Затем они могут спланировать поведенческий эксперимент, чтобы провести проверку, когда объективная информация будет доступна. Эти альтернативные стратегии борьбы с беспокойством были добавлены к копинг-карте Лары, к которой она может обращаться всякий раз, когда ей это нужно (показано на рис. 10).

Например, ночью в постели Лара часто беспокоилась об обеденных переменах, которые она проводила со своими друзьями. Она снова и снова размышляла о том, что может произойти на следующий день. Лара говорила об этом со своим психотерапевтом. На следующий вечер после сеанса, когда она начала волноваться, она сказала себе: “Это опять ты, как всегда, – все то же старое беспокойство, издевающееся надо мной”, и достала копинг-карту, которая лежала на ее прикроватном столике. Она заметила в своем беспокойстве конкретные страхи, в частности, что она оцепенеет и ей нечего будет сказать, будет волноваться, если спросят ее мнение о чем-то, будет

скучно отвечать на вопросы, и над ней будут смеяться. Она записала их в блокнот, чтобы проверить на следующий день в школе.

Беспокойство заставляет меня:

Чувствовать еще больше беспокойства и как будто я не могу справиться.

Усталость и стресс на следующий день

Это бесполезная привычка!

Мешает мне вспоминать мои успехи.

Быть более сосредоточенный на себе

Вместо этого:

Ищи доказательства (не чувства)

Преврати это в эксперимент!

Затем сделай что-нибудь еще (что-нибудь веселое или расслабляющее)

Рисунок 10. Копинг-карта Лары, обобщающая недостатки беспокойства и альтернативы

Отложите беспокойство в сторону и отвлекитесь

Как только подросток заметил беспокойство, определил свой конкретный страх и трансформировал его в эксперимент, который должен быть при ближайшей возможности проведен, следующий шаг - это останавливать любое дальнейшее беспокойство. Это может быть трудно сделать, и поэтому мы обычно рекомендуем им переключаться на приятное или отвлекающее занятие. Например, после того, как Лара записала свои страхи и поведенческие эксперименты, которые она намеревалась провести на следующий день, она решила почитать новый журнал, который купила по дороге домой с сеанса терапии.

10.5. Сокращение чрезмерной подготовки

Некоторые молодые люди готовятся к выступлениям слишком тщательно. Конечно, каждый потратит некоторое время на подготовку к предстоящему выступлению, например, на продумывание идей или подготовку слайдов, но некоторые социально тревожные молодые люди будут чрезмерно беспокоиться заранее. После того как терапевт это выяснит, он может попросить молодого человека провести поведенческий эксперимент, в ходе которого он произнесет речь экспромтом в кабинете клиники и изучит влияние отсутствия подготовки на беспокойство, негативные мысли и образы, а также на то, как он на самом деле выступил.

ГЛАВА 11. РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ

Родители должны быть в той или иной степени вовлечены в лечение ребенка. Степень вовлеченности в разных случаях может быть разной. В некоторых случаях родительская вовлеченность умеренна. Например, если родители приводят подростка на сессию, они присутствуют на первой сессии и на сессии по профилактике рецидива или присоединяются к концу сессии для выслушивания отчета. Однако в некоторых случаях роль родителей в лечении должна быть более существенной и активной. Степень родительской вовлеченности зависит от нескольких факторов. Эти факторы включают в себя возраст или стадию развития подростка (чем младше ребенок, тем большая родительская вовлеченность требуется), какой объем помощи и поддержки требуется подростку для выполнения домашних заданий и посещения сессий, и насколько сами родители способны помочь (это может зависеть от их собственного физического и психического здоровья). Более направленная работа с родителями показана для тех родителей, которые имеют не способствующие успеху представления об их ребенке или о других людях, что может помешать терапии, если их не устранить.

В когнитивной терапии тревожных расстройств нет никаких данных по исследованию вовлечения родителей, а эмпирических данных, касающихся включения родителей в другие КПТ тревожных расстройств у подростков, крайне мало. Четыре больших исследования не смогли обнаружить различия в результатах КПТ тревожных подростков при участии родителей и без (In-Albon & Schneider, 2007; Reynolds et al., 2012; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008; Spielmanns, Pasek, & McFall, 2007). Однако виды родительского вовлечения значительно отличаются в исследованиях. Пятое исследование включало в себя повторный анализ данных участников, полученных от проведения КПТ детской тревожности (Manassis et al., 2014). Хотя результаты были сопоставимы при родительском участии и без, были получены данные, что результаты КПТ были более продолжительными, если родители были вовлечены и их побуждали поддерживать и подбадривать своего ребенка в пугающих ситуациях.

В целом, существующие исследования не считают включение родителей на время терапии подходящим для всех подростков. Мы рекомендуем принимать решение о степени включения родителей в терапию в каждом конкретном случае. При этом желательно включать родителей в достаточном объеме, чтобы помочь им узнать о социальной тревожности, ее последствиях, методах лечения в начале терапии и о способах предотвращения рецидива в конце терапии. Помимо этого, их следует вовлекать, если они могут быть важным ресурсом (например, в проведении экспериментов, помогая обеспечить школьную реинтеграцию, или при работе с буллингом). Если убеждения и поведение родителей оказывают негативное влияние и

поддерживают проблему подростка, тогда необходимо работать с этим в той степени, в которой возможно.

Подросток редко посещает клинику без родителей или других опекунов. Если подросток приходит самостоятельно, мы всегда стараемся встретиться с родителями по крайней мере один раз в начале терапии. Это позволяет психологу собрать информацию о прошлом, узнать ещё один взгляд на ситуацию, оценить родителей на предмет имеющихся психологических проблем, а также поделиться с родителями постановкой задачи и осуществить психообразование. Иногда подростки сопротивляются вовлечения родителей в терапию. Подобным же образом некоторые родители неохотно включаются. Степень, в которой следует все же попытаться вовлечь родителей в таких условиях, зависит от возраста и способностей подростка и от того, насколько это возможно.

11.1. Информация для родителей о социальной тревожности и лечении

На первой сессии родителям предоставляется информация о социальной тревожности и ее лечении. Объясните родителям, что сложности, которые есть у их ребенка, очень распространены и есть эффективное лечение. Расскажите им, что текущие симптомы и поведение их ребенка являются неотъемлемой частью социального тревожного расстройства. Родителям полезно понимать, что что-то из поведения их ребенка, например, нежелание ходить в школу или отказ отвечать на телефон, является классическим примером действий, сложных для людей с социальной тревожностью (для более подробной информации см. Главу 4, раздел 4.6). Хотя такое поведение может расстраивать родителей, важно, чтобы они понимали, что это не показатель слабого характера подростка, лени или его противостояние. Напротив, это следствие тревожного расстройства, которое прекрасно поддается лечению.

11.2. Поддержка лечения ребенка

Большинству подростков родители помогают посещать сессию вовремя. Также их можно попросить напоминать их ребенку заполнять еженедельные анкеты. Важно, чтобы подросток приносил на сессию свою папку для терапии, и родители также могут помогать им с этим.

Часто родителей приглашают присоединиться в конце каждой сессии, чтобы психолог и подросток рассказали, что они делали на сессии и какое домашнее задание на следующую неделю. Полезно обсудить домашнее задание с родителями, т.к. это предоставляет возможность убедиться, что они согласны с заданием/заданиями и определить и преодолеть возможные препятствия для их выполнения. Родителям выделяют роль фасилитатора в домашних заданиях, и психолог побуждает подростка определить, как родители могут ему помочь. Например, напомнить о

задании на неделю, организовать время, чтобы сесть и обсудить поведенческий эксперимент, помочь подростку организовать запланированное социальное действие. Родителей убеждают в необходимости отказаться от давления или уговоров, т.к. это может свести на нет развивающуюся у подростка уверенность в себе. Подростка побуждают взять на себя ведущую роль и ответственность за выполнение домашнего задания. Это посылает ему сигнал о том, что это *его* терапия. Вовлечение родителей может быть частично определено возрастом подростка, учитывая, что подростки в возрасте 15-19 лет чаще предпочитают меньшую степень вовлеченности родителей. Иногда после совместной встречи следует индивидуальная встреча с родителями, чтобы обсудить сложности, о которых их ребенок мог умолчать, например, буллинг или проблемы в школе.

Ближе к концу терапии можно пригласить родителей на сессию (или на часть сессии) послушать программу терапии, которую их ребенок прошел (см. [Главу 14](#) для информации по предотвращению). Подростку предлагают взять ведущую роль на этой сессии. Он объясняет родителям, что узнал о развитии и работе с социальной тревожностью, как устранить ее, о своем прогрессе и целях на будущее и о том, как справляться с откатом. Можно определить и обсудить способы того, как родители могут помочь подростку предотвратить рецидив. Для родителей эта сессия может быть очень важной. Часто это первый раз, когда они видят своего ребенка, взявшего ведущую роль и говорящего на "публике". Таким образом, и для родителей, и для подростка это может быть своего рода "выпускным вечером" после прохождения терапии.

11.3. Убеждения и поведение родителей, приносящие вред

Убеждения родителей могут влиять на то, как они ведут себя по отношению к своему ребенку и как они с ним взаимодействуют. Конечно, родители хотят лучшего для своих детей, но иногда поведение родителей может непреднамеренно подкреплять трудности ребёнка. Некоторые родители из благих намерений могут быть гиперопекающими или наоборот требовать от ребенка больше, чем он способен сделать. Убеждения и поведение родителей, приносящие вред, обычно определяются на психодиагностике ([Глава 4](#)), хотя иногда их можно обнаружить только позже во время лечения. Например, подросток может не выполнить поведенческий эксперимент из-за того, что его родители считают это задание слишком сложным или небезопасным. Подобным образом подросток может потерять мотивацию к терапии, если родители будут показывать, что они разочарованы медленным прогрессом их ребенка. Иногда в ответ на положительные изменения у подростка меняются также убеждения и поведение родителей, так что мы предлагаем психологу сначала определить и мониторить убеждения и поведение родителей. Если изменений не происходит, тогда будет важно вмешаться напрямую.

В таком случае помогает провести одну-две индивидуальные сессии с родителями. Эти сессии будут дополнением (но не заменой) еженедельных индивидуальным сессиям с ребенком. При возможности оба родителя должны прийти на сессию. Психолог может использовать эти сессии, чтобы изменить неадекватные убеждения одного или обоих родителей о социальном поведении их ребенка и их ожиданий, касающиеся их ребенка. В таблице 19 собраны стратегии, которые могут быть полезными при работе с распространенными убеждениями и поведением родителей.

Ниже все описано более подробно.

Таблица 19. Техники работы с вредными убеждениями и поведением родителей

Убеждения родителей	Поведение родителей	Стратегии
«Мой ребенок уязвим, остальные представляют угрозу»	Подростка отговаривают участвовать в социальных ситуациях. Подростку дано разрешение избегать. Родитель берет контроль за социальной активностью.	Опросы Поведенческие эксперименты Ролевая игра Моделирование психологом
«Быть громким и уверенным в себе – это способ преуспеть в жизни»	Интерпретирует тихое поведение отрицательно.	Опросы Предоставление информации Использование метафор
	Выражает разочарование социальными или связанными с выступлениями способностями подростка. Не поощряет усилия или попытки стабильно.	Ролевая игра Моделирование психологом Поведенческие эксперименты
	Побуждает подростка участвовать в таких социальных/связанных с выступлениями активностях, которые те считают еще непосильными.	Предоставление информации Поведенческие эксперименты

Работа с убеждением «Мой ребенок уязвим, и его социальное окружение представляет угрозу»

Некоторые родители могут быть гиперопекающими по отношению к своим детям. Распространенное гиперопекающее поведение родителей включает в себя отговаривание ребенка от участия в социальных ситуациях, что поддерживает социальное избегание ребенка, кроме того, вмешательство или чрезмерный контроль за ребёнком в социальном взаимодействии. Часто в

основе такого родительского поведения лежит убеждение (одного или обоих родителей), что *их ребенок уязвимый и так или иначе не может справиться со своими сверстниками и потенциально враждебными реакциями*. Разумеется, такие убеждения способны укрепить социальную тревожность ребенка и ограничить прогресс в лечении, для которого необходимо участие в пугающих ситуациях. Таким образом важно рассмотреть такое поведение родителей и убедить их попробовать альтернативные варианты. Обычно это осуществляется на индивидуальной сессии (сессиях) с родителями.

Первым шагом в этом процессе будет определить такое поведение и убеждения вместе с родителями и прийти к общему пониманию, как это может влиять на социальную тревожность их ребенка. Например, мать Сиенны смогла осознать, что она стремится говорить за Сиенну на публике, и не побуждала ее попробовать что-то новое. Вместе с психологом она определила, что ведет себя таким образом, потому что считает, что «Сиенна уязвимая и не может справиться со своими сверстниками». Важно уделить время с целью понять причины таких убеждений. Матери Сиенны казалось, что ее убеждение родилось как ответ на очень серьезный буллинг, которому когда-то подвергалась Сиенна. Другие родители могут связывать свое отношение с их собственной тревожностью, воспоминаниями о трудностях со своими друзьями в подростковом возрасте. Поиск причин родительских убеждений предоставляет возможность психологу показать родителям, что это объяснимо, почему появилось их убеждение, учитывая предыдущий опыт ребенка (или самого родителя), но сейчас все по-другому, и это не будет полезным. Это поможет предоставить обоснование для изменений так, чтобы родители не подумали, что их критикуют или обвиняют.

Могут быть обозначены как исходные (преднамеренные) цели (обычно защитить ребенка, убедиться, что он не пострадал), так и непреднамеренные последствия такого родительского поведения. Проговорив предполагаемые и непреднамеренные последствия, психолог сообщает родителям два важных момента. Во-первых, они очень стараются сделать для своего ребенка как можно лучше, и во-вторых, к сожалению, некоторые из их попыток приводят к обратному результату. Для Сиенны непреднамеренным последствием было то, что Сиенна упустила возможность обнаружить, что она может сама за себя говорить и удовлетворить свои потребности, и что другие принимают ее. Ее мать также поняла, что, находясь с Сиенной так много времени, она могла быть причиной, почему другие девушки не подходили к Сиенне. Определить, что является гиперопекой, а что нет, поможет понимание возраста/стадии развития подростка, культурный контекст этой конкретной семьи, особые проблемы окружения (например, наличие местных группировок) и проблемы, характерные для этого подростка (например, проблемы, связанные с конкретными трудностями в обучении, могут означать бóльшую ранимость).

Как только установлено то, что пугает и беспокоит родителей, а также вредные последствия этого, психолог и родители могут запланировать поведенческий эксперимент, направленный на проверку этих страхов. Сначала эксперименты могут включать опросы, посредством которых родители могут оценить, что другие родители позволяют своим детям (такого же возраста) делать. Поведенческие эксперименты, как правило, предполагают позволение родителей своему ребенку участвовать в чем-то новом. Психолог может сфокусироваться на избегаемой, но желаемой подростком активности. Будет полезно пригласить подростка в кабинет, чтобы обсудить детали поведенческого эксперимента, так как это решение, несомненно, повлияет на него. Психолог может использовать эту встречу, как возможность смоделировать необходимое поведение родителей, как они могут подбадривать своего ребенка начать эксперимент. С родителями, которым сложно подбадривать, может быть эффективно провести ролевую игру в клинике вместе с ребенком так, чтобы психолог мог наблюдать и дать совет. Затем можно практиковаться дома.

Во время поведенческого эксперимента родители заполняют Рабочий лист поведенческих экспериментов так же, как и подростки. Психологу следует убедиться, что они продолжают эксперимент на сессии или по телефону. Это позволит родителям обдумать, что они узнали, определить и преодолеть препятствия, запланировать последующие эксперименты. Может быть эффективным провести совместную встречу (она может быть недолгой), на которой подросток сможет описать родителям последствия изменения их поведения.

Например, мать Сиенны решила позволить дочери снова пользоваться Facebook. Она опасалась, что Сиенна загрузит туда фотографии или напишет комментарии, и это приведет к большому количеству негативных комментариев от знакомых и незнакомых людей, как это уже случалось ранее. Матери Сиенны было предложено поговорить со школьным персоналом об ответственном использовании подростками интернета. Была назначена совместная встреча с Сиенной, и ее мать смогла обсудить с ней безопасное и небезопасное использование социальных сетей. Договорились о том, что Сиенна заведет новую страничку в Facebook, но это должна быть закрытая страница так, чтобы ее могли видеть только друзья Сиенны. И у ее матери будет доступ к этой странице. Сиенна была очень рада возвращению в социальные сети. Через неделю психолог встретился с матерью Сиенны. Эксперимент прошел хорошо, хотя психолог отметил, что мать Сиенны проверяет ее страницу каждый день. Было проведено обсуждение последствий тревожности и такого охранительного поведения, основанного на убеждении матери, что Сиенна может стать жертвой. Она согласилась перестать проверять страницу, а вместо этого проводить беседы с Сиенной про использование ею социальных сетей. Во время беседы по телефону через неделю, мать Сиенны отметила, что это уменьшило ее убеждение в том, что Сиенна не сможет

справиться, а также ассоциированную с этим тревожностью и привело к положительным разговорам с Сиенной. Рабочий лист поведенческих экспериментов показан в таблице 20.

Работа с убеждением, что, «чтобы преуспеть в жизни, нужно быть громким и уверенным в себе»

Некоторые родители могут побуждать своего ребенка участвовать в некоторых активностях, связанных с социальным взаимодействием или выступлением, что может провоцировать слишком большую тревожность у ребенка с симптомами социальной тревожности. Часто в основе такого родительского поведения лежит убеждение (одного или обоих родителей), что, *чтобы добиться успеха в жизни, нужно находиться в центре внимания, а если человек тихий, то это недостаток и признак слабости*. Это убеждение может быть довольно распространенным в некоторых культурах, но оно не приносит пользы в лечении ребенка с социальной тревожностью. Это убеждение может привести к тому, что родители могут подталкивать ребенка к участию в слишком сложных для него активностях. Родителям может быть сложно поощрять попытки ребенка и скромный прогресс в лечении. Родителям с такими убеждениями трудно принять, что их ребенок может быть интровертом по темпераменту, даже если у него нет социальной тревожности. Таким образом важно работать с подобными убеждениями родителей и побуждать их проверить альтернативные убеждения. Это может быть сделано на индивидуальной сессии (сессиях) с родителями.

Такое поведение может включать в себя отрицательную интерпретацию спокойного стиля общения, выражение разочарования в способностях подростка к социальной активности и выступлениям, нестабильное поощрение усилий и попыток, побуждение ребенка к участию в социальных или связанных с выступлениями ситуациях, которые пока сложны для ребенка. Например, мать Гэби сообщила, что она считает полезным подталкивать Гэби к лидирующей роли на чтении в церкви каждое воскресенье, несмотря на то, что она наблюдала, что Гэби всегда бормочет и выглядит очень неловко, и улучшений нет. Она была твердо убеждена, что способность «встать и говорить за себя» очень важна для достижения успеха и счастья в жизни, и старалась помочь Гэби этому научиться. Оглядываясь на причины этого убеждения, мать Гэби объяснила, что она переехала в Великобританию одна и в одиночку воспитывала троих детей. Она верила, что справилась с этим, потому что могла постоять за себя. Другие родители могут связывать подобные убеждения с их собственной социальной тревожностью.

Таблица 20. Рабочий лист поведенческого эксперимента для матери Сиенны

<i>Ситуация</i>	<i>Предположение</i>	<i>Эксперимент</i>	<i>Результат</i>	<i>Что я узнала</i>
	<p>Что именно по вашему мнению произойдет? Как вы об этом узнаете? (например, что скажут или сделают другие люди?) Оцените убеждение 0-100%</p>	<p>Как вы это проверите? (не забудьте, что нужно обращать внимание на то, что действительно происходит, а не на то, что вы чувствуете, и отбросьте охранительное поведение)</p>	<p>Куда было направлено ваше внимание? Что произошло? Было ли правильным ваше предположение?</p>	<p>Сбалансированное представление (результат) Оцените убеждение 0-100% Что я узнал(а) о себе в социальных взаимодействиях? Как я могу закрепить это?</p>
<p><i>Использование Сиенной социальных сетей</i></p>	<p><i>Сиенна разместит свою фотографию, и ее будут преследовать. Люди будут обзывать ее, и она не справится с этим. Она будет все время плакать и откажется ходить в школу. 80%</i></p>	<p><i>Сиенна создаст новую страничку в Facebook. На этот раз она будет закрытая. Она теперь знает о безопасном использовании интернета и пригласит только своих друзей, которым можно доверять.</i></p>	<p><i>Все получилось, никто в сети не был груб с Сиенной. Я уверена, что она справится, пока я слежу за тем, что происходит. [Первоначальное убеждение 40%]</i></p>	<p><i>Я узнала, что сейчас Сиенна понимает, как пользоваться социальными сетями, она менее уязвима. Мне нужно перестать контролировать все, чтобы проверить это наверняка [Новое убеждение 20%]</i></p>
<p><i>Мой контроль использования Сиенной социальных сетей</i></p>	<p><i>Если я не буду проверять страницу Сиенны каждый день, ее будут травить. 70%</i></p>	<p><i>Я не проверяла ее страницу. Я согласилась разговаривать с Сиенной раз в неделю на предмет использования социальных сетей.</i></p>	<p><i>Это было на удивление сложно! Мне приходилось сдерживать порыв проверить страницу, но я удержалась. Никто не травил Сиенну. Она была довольна. Мне кажется, что я могу доверять ей и что она сможет справиться сама. [Первоначальное убеждение 10%]</i></p>	<p><i>Я узнала, что Сиенне нравится чувствовать, что я доверяю ей, и к тому же, чем больше я ей доверяю, тем более уверенной она становится, что справится сама. [Новое убеждение 60%]</i></p>

Один отец вспоминал, как подростком страдал от острой социальной тревожности и справился с ней с помощью техники самопрезентации, которая предполагала разыгрывание роли шута или клоуна. Таким образом он верил, что его ребенок преодолет свою социальную тревожность с помощью похожих стратегий.

Могут быть обозначены как благие намерения (обычно помочь ребенку преодолеть тревожность и достичь целей), так и нежелательные последствия такого родительского поведения. Нежелательным последствием поведения матери Гэби было усиление отторжения Гэби от матери, создание атмосферы раздражения и несогласия в доме, и возникновение постоянного чувства разочарованности и провала и у Гэби, и у ее матери. Более того, это не помогало Гэби преодолеть свою тревожность, о чем свидетельствует отсутствие изменений в ее способности читать в церкви.

Как только установлены убеждения родителей, а также их вредные последствия, будет полезным пересмотреть вместе с родителями информацию о социальной тревожности и ее последствиях. Напомните им про цели терапии, объясняя, что она нацелена именно на помощь подростку начать принимать участие в социальных связанных с выступлениями ситуациях, которые они сейчас избегают, постепенно, в том темпе, который является выполнимым для них. Это может указать родителям на два важных момента. Во-первых, это покажет, что цели терапии подростка и надежды родителей совпадают. Во-вторых, это сообщит родителям, что им, возможно, придется изменить свои ожидания так, чтобы они были подходящими для уровня тревожности их ребенка.

Родителям, возможно, будет полезно получить информацию психологического характера о различных типах темперамента и ценностях, связанных с каждым из типов. Например, если все будут вести себя шумно и экспрессивно, кто будет спокойно все организовывать, сохраняя при этом невозмутимость? Родителям можно предложить к ознакомлению популярную работу Сьюзан Кейн «Тишина». Также могут помочь такие метафоры, как например, «в тихом омуте черти водятся» или «тихие воды глубоки».

Затем планируются *поведенческие эксперименты*. В рамках таких экспериментов обычно родителям рекомендуют поощрять своих детей не столько за успех, сколько за усилия. Родители могут не знать, как хвалить, и в таком случае помогут ролевые игры. Сначала психолог играет роль родителя, а родитель – ребенка. Психолог показывает, как хвалить за усилия. Затем психолог и родитель меняются ролями, чтобы дать возможность родителю попрактиковаться. Эффективная

похвала произносится искренне и с воодушевлением, она должна быть конкретной и включать невербальные действия, как, например, похлопывание по спине или руке.

Родители могут провести эксперименты по сбору информации, в которых они будут искать в своем окружении тихих людей и наблюдать сильные стороны и преимущества спокойного темперамента. Во время совместных сессий с подростком и его родителями, психолог осуществляет модерацию того как хвалить за попытки, и помогает всем договориться о предстоящих поведенческих экспериментах. Мать Гэби встретила с ее психологом, чтобы запланировать поведенческий эксперимент. Мать Гэби планировала перестать подталкивать Гэби к чтению в церкви. Вместо этого на совместной сессии с матерью Гэби предложила, что она может раздавать нотные листы прихожанам у входа в церковь. Ее мать похвалила ее за это предложение, как она практиковала это в ролевой игре с психологом. Рабочий лист этого поведенческого эксперимента показан в таблице 21.

11.4. Социальная тревожность родителей

У детей родителей с социальной тревожностью вероятность развития социальной тревожности почти в пять раз больше. Таким образом, зачастую родители детей с социальной тревожностью сами страдают от социальной тревожности. Родители также могут быть разочарованы тем фактом, что их собственная жизнь не развивается так хорошо, как им хотелось бы, из-за ограничений, накладываемых их социальной тревожностью. Такое разочарование может приводить к эпизодам серьезной депрессии, которые могут стать дополнительным напряжением для родителей и иметь отрицательное влияние на ребенка.

Родителей всегда проверяют на предмет тревожности и депрессии на этапе первичной оценки. На этапе диагностики также собирается информация о психическом здоровье родителей и психотерапии, которую они когда-либо проходили. В случае наличия проблем психического здоровья необходимо понять, находятся ли они сейчас в активной стадии, какую поддержку родители получают (официальную и неофициальную) и как эти сложности влияют на повседневную жизнь, в том числе общение с ребенком.

Родителям со слабовыраженными симптомами социальной тревожности или депрессии может быть полезна информация о социальном тревожном расстройстве у взрослых и его

схожести с социальным тревожным расстройством у подростков. Это может помочь родителям лучше понять трудности своего ребенка. Некоторым родителям будет полезно получить совет и материалы по самопомощи (например, книга Джиллиан Батлер «Преодоление социальной тревожности и застенчивости»). Другие родители могут иметь более выраженные симптомы социальной тревоги и с ними будет важно обсудить возможность их собственной терапии. Родителям, желающим получить лечение, необходимо оказать в этом поддержку. Например, психолог ребенка может написать рекомендательное письмо их семейному доктору или родителям можно посоветовать обратиться самостоятельно в местную службу психологической помощи. Для терапии ребенка также будет полезно, если родители с серьезными симптомами получают лечение как можно быстрее; некоторые исследования предполагают, что психопатология родителей отрицательно влияет на результат КПТ детей с социальной тревожностью (Cobham, Dadds, & Spence, 1998). Если родители поддерживают контакт со службами психологической помощи взрослым, будет полезна тесная связь между службами детской и взрослой помощи. Например, будет полезным, если служба психологической помощи взрослым будет знать, что у их пациента есть ребенок, проходящий психологическую терапию, и наоборот. Также им следует обмениваться информацией по вопросам безопасности и управления рисками.

Таблица 21. Рабочий лист поведенческого эксперимента матери Гэби

Ситуация	Предположение	Эксперимент	Результат	Что я узнала
<p><i>Участие Гэби в церкви</i></p>	<p><i>Если я не буду подталкивать Гэби, она все больше спрячется в своей раковине. Она будет меньше говорить и действовать.</i></p> <p>65%</p>	<p><i>Я перестала подталкивать ее к чтению в церкви. Я похвалила ее, когда она предложила вместо этого раздавать нотные листы.</i></p>	<p><i>Она не читала, но она выполнила задание, которое собиралась выполнить. И она улыбалась людям и даже что-то сказала. Когда я ее похвалила потом, она казалась довольной. И по дороге домой из церкви у нас не было неприятных ощущений, как обычно.</i></p> <p><i>[Первоначальное убеждение 20%]</i></p>	<p><i>Возможно, мне нужно позволять ей самой определять темп, а не подталкивать ее. Так я могу увидеть то, что она действительно пытается сделать, и кажется, что ей это нравится.</i></p> <p><i>[Новое убеждение 40%]</i></p>

ГЛАВА 12. ОБЩЕНИЕ ПОДРОСТКОВ СО СВЕРСТНИКАМИ, ВИКТИМИЗАЦИЯ И БУЛЛИНГ

Подростковый возраст – важнейший период в социальном развитии. В переходном возрасте тинейджеры (подростки) обычно расширяют свои социальные контакты, больше значения придают отношениям со сверстниками и начинают романтические взаимоотношения. В это время отношения с родителями часто затмеваются отношениями со сверстниками. Отношения со сверстниками представляют важный источник социальной поддержки, помогают подросткам узнать о социальных взаимоотношениях и вносят вклад в формирование собственного “Я”. Поэтому принятие сверстников очень важно. Неудивительно, что травля и виктимизация влекут множество негативных последствий для психического здоровья, включая социальную тревогу. Считается, что социальная тревога имеет двустороннюю (реципроктную) связь с виктимизацией в том смысле, что она является частым следствием преследования со стороны сверстников, и в то же время создает уязвимость к виктимизации.

Виктимизация сверстников может принимать разные формы. В целом выделяются три типа. *Открытая виктимизация* или буллинг в форме открытых актов агрессии, направленных против человека (лиц). Они могут быть словесные или физические. Например, обзывание, ругательства, угрозы, толкание и побои. Мальчики, которые склонны рассматривать физическую агрессию как наиболее болезненную, в целом больше вовлечены именно в этот вид виктимизации. *Виктимизация отношений* - это использование чьего-то отношения чтобы причинить боль другому. Примеры включают в себя преднамеренное исключение сверстника из разговоров, не приглашение на социальные мероприятия или такие высказывания: «Ты не можешь быть моим другом, пока...»

Репутационная виктимизация описывает действия, нацеленные на разрушение репутации личности в какой-либо группе. Примеры этого – распространение сплетен или унижение перед другими. Виктимизация сверстников может происходить в разных условиях. Может быть в школе, дома, онлайн. Поскольку социальные отношения в подростковом возрасте усложняются, то же происходит и с природой виктимизации. Прямая и открытая травля уступает место скрытой – виктимизации отношений и репутационной. Например, младшие дети могут просто сказать кому-то «тебе нельзя сидеть с нами», подростки больше склонны использовать скрытые методы виктимизации. Это может включать распространение слухов и неявное исключение из группы (например, тенденция отклонять или игнорировать чьи-то предложения публично), или обсуждения «за спиной» (сплетни).

Интерес к романтическим отношениям и сексуальности у подростков становится более явным, и это тоже может стать фокусом виктимизации. Например, может быть распространен слух

о чьей-то сексуальной ориентации или о частоте и подробностях сексуального опыта, или критика, направленная на вес, форму тела или привлекательность.

С буллингом в прошлом, который не происходит сейчас, можно хорошо справиться с помощью CT-SADA, используя методы, уже описанные в предыдущих главах. Воспоминания о буллинге обычно связаны по смыслу и содержанию с негативным образом себя. На негативный образ себя можно эффективно воздействовать техниками, сфокусированными на настоящем. Фото- и видео-обратная связь должна помочь подросткам получить более реалистичный взгляд на то, как их видят другие, и исправить искаженный негативный образ себя (описано в 6 главе). Поведенческие эксперименты и Опросы (см. Главу 8) также дают информацию для понимания того, как подросток воспринимается другими. Очень часто этих техник достаточно, чтобы скорректировать негативный образ, и воспоминания о ранних событиях (таких как буллинг) спонтанно обновляются. У некоторых подростков образы полностью не корректируются интервенциями, сфокусированными на настоящем. В этих случаях рекомендуются стратегии, сфокусированные на воспоминаниях, чтобы воздействовать напрямую на деструктивные образы. Глава 9 описывает два метода работы с социально травматичными воспоминаниями: *Тренинг видения различий* и *Рескриптинг в воображении*.

Если подросток с социальной тревогой сообщает о происходящей сейчас травле, требуются дополнительные интервенции, чтобы помочь молодому человеку справляться с враждебным социальным окружением. Перед началом этих интервенций важно провести тщательную оценку виктимизации со стороны сверстников. Нужно установить природу, частоту и тяжесть такого поведения, ситуации, в которых это происходит, количество агрессоров, а также социальную поддержку и интервенции, которые уже есть. После этого интервенции главным образом будут нацелены на буллинг (издевательское поведение) с помощью (за счет) плотной работы со школой и родителями. Еще один аспект будет сосредоточен на собственном восприятии и поведении подростка с социальной тревогой, его реакции на сверстников и их поведение, поскольку что-то из этого может сделать человека более уязвимым к виктимизации или с большей вероятностью вызывать его. Восприятие и поведение могут принимать различные формы, которые выделены ниже.

Во-первых, социальные установки, которых придерживается социально тревожный подросток, скорее всего, влияют на то, как он воспринимает (или искаженно воспринимает) поведение и взаимодействие со сверстниками. Тревожный ребенок может воспринимать поведение или взаимодействие как преследование (травлю), даже если в реальности они не были нацелены на это. Например, добросердечное поддразнивание («стёб», насмешки) или шумное поведение могут быть восприняты как критика или издевательство. Понятно, что подросток может ответить нервно (неуверенно), что может в свою очередь вызвать реальную травлю. Таким

образом, отношения изначально многообещающие, в конечном итоге становятся проблемными. Например, у Марка были прекрасные способности к математике. Он пошел в новую школу, и его одноклассники называли его “ботан” (spod) и “умник”, часто со смехом и дружеским похлопыванием по плечу. Сначала Марк думал, что его одноклассники критикуют и насмеются над ним, поэтому он избегал зрительного контакта и не отвечал сверстникам, когда они использовали эти прозвища. Конечно, в то время Марку не пришло бы в голову, что, возможно, его одноклассники выражали свое восхищение. В результате они восприняли его отсутствие реакции как признак того, что он “презирает” их. В свою очередь, его одноклассники начали комментировать чувствительность Марка к критике, например: “О, мы немного обидчивы, Марк? Ты собираешься пойти и поплакаться учителю?” Таким образом, неверное истолкование Марком дружеского подшучивания (и случайных хвалебных комментариев) привело к тому, что его на самом деле начали травить. Терапия, нацеленная на работу с восприятием других, направлена на то, чтобы помочь подростку понять, что могут существовать альтернативные объяснения поведения сверстников, и осознать влияние своих реакций на сверстников. Для этого используются техники, включающие ролевые игры и поведенческие эксперименты.

Во-вторых, такие убеждения, как “другие люди отвергнут меня”, чрезвычайно распространены среди социально тревожных тинейджеров и часто усиливают восприимчивость к влиянию сверстников, которая и так присутствует у большинства подростков. Это может привести к тому, что тревожный ребенок будет копировать других, чтобы быть принятым, “идти вместе с толпой” из-за страха быть отвергнутым. Например, они могут копировать других в том, как те одеваются, их обороты речи, музыкальные интересы или даже в таких мелочах как выбор еды. Тот (те), с кого копируют или с кем соглашаются, обычно находит это раздражающим. Подростки своим выбором обычно пытаются показать свою уникальность и идентичности, и это разрушается, когда их копируют. Одна девушка так описала свою реакцию на подругу, которая, по ее мнению, копировала ее: “Я чувствую, что она подражатель, и не могу этого вынести. Это заставляет меня чувствовать, что она пытается каким-то образом показать мне, что она лучше меня, или она пытается быть мной. Но я – уникальный человек.”

В результате тревожный подросток может вызвать критику и неприятие со стороны сверстников. Например, Джайда боялась, что ее отвергнут другие, и поэтому прилагала большие усилия, чтобы соответствовать своим друзьям. Она покупала одежду в магазинах, о которых упоминали ее друзья, выбирала музыку, основываясь на их предпочтениях, и откладывала высказывание своего мнения до тех пор, пока не услышит, что думают ее друзья. Такое поведение привело к тому, что ее друзья называли ее «подлиза», и Джайда слышала, как ее друзья обсуждали, что она “ванильная” (подразумевая, что она была слишком мягкой). Она объяснила своему терапевту: “Я просто так хочу вписаться, что стараюсь быть точно такой же, как все остальные, и

иногда это превращается в копирование людей”. Терапевтическая работа против заискивающего поведения направлена на то, чтобы помочь молодым людям понять, что подражание другим может иметь ряд бесполезных последствий, и что они гораздо более вероятно будут приняты, будучи собой (такими, какие есть). Здесь полезны ролевые игры и поведенческие эксперименты.

В-третьих, социально тревожные подростки обычно считают себя в некотором роде неприемлемыми для других. Это убеждение может привести к тому, что подросток будет тяготеть к доминирующей группе сверстников и добиваться ее принятия, независимо от того, нравится ли ему эта группа и подходит ли она ему. И молодой человек как "мотылек на огонь", потому что, пытаясь присоединиться к группе людей, очень отличающихся от них самих, они на самом деле с большей вероятностью станут жертвами и будут отвергнуты. В результате их негативные социальные установки подтверждаются. Например, Сиенна по натуре была тихой, задумчивой девушкой. Она считала, что другие отвергнут ее, что она уязвима и не может нравиться. Она посещала очень большую городскую среднюю школу для девочек. В ее классе была очень доминирующая группа сверстников. Несмотря на то, что по темпераменту Сиенна сильно отличалась от группы преимущественно шумных экстравертов, она стремилась быть принятой ими. Несоответствие было очевидным и вызывало негативную реакцию и неоднократное исключение из группы сверстников. Работа с феноменом «мотылька на пламя» направлена на то, чтобы помочь социально тревожным тинейджерам понять, что они ценят в дружбе, а затем найти способы помочь им развить и укрепить эти отношения.

В-четвертых, негативные социальные когниции побуждают людей вовлекаться в разнообразное охранительное (защитное) поведение в социальных ситуациях. Некоторые виды охранительного поведения ухудшают социальную ситуацию. В частности вызывают менее дружелюбную и потенциально враждебную реакцию со стороны других. Например, мальчик-подросток Том имел склонность прятать свое лицо и избегать любого зрительного контакта из страха, что люди заметят его и подумают, что он странный или как-то отличается. К сожалению, охранительное поведение само по себе привело к тому, что Том выглядел очень странным и вызвал такие комментарии, как “фрик” и “изгой”. Молодые люди могут восприниматься надменными или как "снежная королева", потому что охранительное поведение, например, избегать зрительного контакта, меньше говорить или не задавать вопросов, - неправильно интерпретируется другими. Ключевой способ уменьшить использование бесполезного охранительного поведения – это поведенческие эксперименты, направленные на то, чтобы помочь молодому человеку проверить, как другие реагируют на них, когда они отказываются от своего охранительного поведения.

И наконец, это, наверное, не будет сюрпризом, что многие социально тревожные подростки, подвергшиеся виктимизации или буллингу со стороны сверстников, будут иметь низкую самооценку. И если ничем не обоснованные убеждения, такие как “я странный”, сами по

себе типичны при социальной тревоге, то когда молодые люди подвергаются издевательствам, эти убеждения неоднократно (а иногда и открыто) подтверждаются сверстниками, это приводит к более общей низкой самооценке. В результате подростки с низкой самооценкой будут видеть себя в негативном свете во многих сферах жизни (не только в отношении своих социальных навыков). Низкая самооценка поддерживается предвзятостью в восприятии и интерпретации событий и информации, которые делает подросток. Предубеждения в восприятии означают, что люди часто замечают предполагаемые неудачи или недостатки. Они могут относиться к особенностям характера (например, “ты недостаточно смешной”), внешности (например, “у тебя слишком короткие ноги”), ошибкам (например, “как ты мог так ошибиться с ответом в классе, дурак”) или невыгодным сравнениям с другими или каким-то идеалом (например, “все остальные могут разговаривать с мальчиками, а ты не можешь, почему ты все еще как ребенок?”). Предвзятость в интерпретации означает, что подростки будут интерпретировать любое негативное событие, каким бы незначительным оно ни было, как свидетельство того, насколько они бесполезны как личность (например, получение плохой оценки по тесту рассматривается как признак того, что он глупый, бесполезный человек). Кроме того, любое положительное событие будет преуменьшаться или отвергаться. Например, комплимент воспринимается как “меня просто жалеют”, хорошая оценка рассматривается как “случайность, исключительное событие”. Работать с *низкой самооценкой* можно разными способами. Обычные техники включают в себя помощь подростку в осознании того, что агрессор (булли) не является судьей для их самооценки, а также помощь в осознании других сфер жизни, в которых они успешны.

12.1. Анти-буллинг-интервенции (Меры по борьбе с травлей)

Работа с родителями и школами.

Совместный подход, предполагающий тесную работу со школами и родителями, важен для борьбы с **продолжающейся** травлей. Это будет включать регулярные контакты со школой и родителями по электронной почте и телефону, а также более официальные личные встречи. Все это в дополнение к индивидуальным сеансам когнитивной терапии. Все должны прояснить и прийти к согласию относительно характера и объема виктимизации и издевательствам; молодые люди часто преуменьшают масштабы своих трудностей. У всех школ должна быть политика (рекомендации/регламент) для борьбы с буллингом. Конкретные антибуллинг-меры, запланированные для тревожного подростка должны соответствовать политике школы ребенка, и гарантировать, что они достаточны, что они проводятся эффективно и деликатно и не стигматизируют тревожного подростка. Полезная информация доступна по адресу <https://www.gov.uk/bullying-at-school>.

Терапевт может помочь обучить школу и родителей потребностям ребенка и работать со школой, чтобы обеспечить удовлетворение этих потребностей. Например, выделение определенного учителя, который всегда будет доступен для подростка для сообщений о случаях травли и для оказания внутренней (внутришкольной?) поддержки. Работая вместе, терапевт, школа и семья могут определить и реализовать стратегии по сокращению кибер-буллинга, а также травли вне школы. Мероприятия должны тщательно контролироваться и регулярно пересматриваться. Сами молодые люди могут быть направлены на полезные веб-сайты, такие как <http://www.bullying.co.uk/>.

12.2. Работа с восприятием сверстников и реакцией на них

Социально тревожный подросток может быть более уязвим к недружественному или издевательскому обращению из-за своей оценки других и негативных убеждений, которых он придерживается. Эти когнитивные способности могут быть мишенью терапии.

В качестве подготовки к работе с этой проблемой терапевт должен сообщить молодому человеку, что буллинг или виктимизация со стороны сверстников считается неприятным и несправедливым явлением, к которому следует относиться серьезно. После этого ознакомить подростка с тем, что возможно изменить его собственное восприятие и реакции таким образом, чтобы они были уже не так болезненны для него.

Восприятие/неправильное восприятие

Подростки с негативными социальными когнитивными установками более склонны неверно воспринимать действия других людей. Первоначальное послание от сверстников, которое проявляется доброжелательным (хотя, возможно, и грубоватым) способом, может рассматриваться как критикующее. Цель здесь состоит в том, чтобы помочь подростку поставить под сомнение свою первоначальную интерпретацию действий других и дать ему возможность исследовать что на самом деле может быть предложением дружбы.

Молодому человеку предлагается рассмотреть альтернативные объяснения поведения других людей. Терапевт может обсудить с ним примеры из кратких рассказов, попросив его подумать обо всех возможных причинах, по которым люди могут вести себя тем или иным образом (включая буллинг/поддразнивание, а также проявление восхищения, выражение социального интереса и т. д.). Молодой человек может провести поведенческий эксперимент по сбору данных, чтобы определить, делают ли сверстники эти комментарии другим и как другие реагируют на это.

Затем полезно провести с молодым человеком ролевые игры. Он может взять на себя роль другого человека, в то время как терапевт играет роль этого молодого человека (участвуя в

избегающем поведении в ответ на комментарий). Это продемонстрирует клиенту, что он передает определенное послание другим, когда чувствует, что его критикуют или высмеивают. В частности, другие могут чувствовать себя униженными или "оскорбленными" реакцией молодого человека на то, что может быть доброжелательным комментарием. Ролевая игра может помочь определить, какие ответы лучше передадут сообщение другим.

Наконец, планируются поведенческие эксперименты, которые проверяют эффект принятия иного послания от сверстников и соответствующего ответа на него. Например, Марк и его психотерапевт запланировали поведенческий эксперимент, чтобы проверить гипотезу о том, что его сверстники не собирались критиковать или расстраивать его, называя его "ботаном" или "умником". Это обобщено в таблице 22.

Таблица 22. Отчет об эксперименте Марка

Ситуация	Предсказание	Эксперимент	Результат	Чему я научился
<i>В классе, когда Том или кто-то другой комментируют словами «все в порядке, ботан»</i>	<i>Они думают, что я глупый или скучный. Если я улыбаюсь или смеюсь, то они будут смотреть на меня, как будто говоря: «Что ты тут себе воображаешь, мы не хотим дружить с тобой» 68 %</i>	<i>Я вошел в класс и начал делать домашнее задание по математике (потому что именно в такой момент они обычно отпускают такие комментарии)</i>	<i>Джош подошел ко мне и спросил: «Эй, ты еще не закончил, что с тобой?». Несмотря на то, что мне хотелось отвести взгляд и уткнуться в выполнение задание, я посмотрел на него, улыбнулся и сказал: «Должно быть я теряю хватку». Джош, кажется, засмеялся, я улыбнулся, и он сел на свое место.</i>	<i>Я не могу в это поверить. Я на самом деле думал, что они придирчивые и не приветливые, а теперь понимаю, что они не были такие, просто ведут себя таким образом. И кажется, Джош подумал, что я веселый парень. Новое убеждение – 51 %. Я собираюсь поболтать в следующий раз.</i>

Заскисывающие друзья

Социально тревожные подростки часто скрывают свои собственные взгляды, мнения и предпочтения, опасаясь быть отвергнутыми другими. Вместо этого они могут соглашаться со своими сверстниками или поддерживать их действия. Это может вызывать недружелюбные

реакции. В данном случае цель состоит в том, чтобы помочь молодому человеку узнать, что другие примут их и, возможно, будут больше интересоваться ими, когда они будут самими собой.

Для начала молодому человеку можно помочь увидеть в этой «мимикрии» поведенческую стратегию, направленную на предотвращение отвержения со стороны других. Затем выявляются непреднамеренные (и бесполезные) последствия мимикрии. Во-первых, это не позволяет опровергнуть существующие убеждения. Во-вторых, это усиливает тревогу. В-третьих, это вызывает недружественную реакцию со стороны других.

Тогда терапевт может помочь молодому человеку понять, что на самом деле ему нужно быть самим собой, потому что это то, что нравится людям. Попросите молодого человека определить, что он находит интересным в своих друзьях. Является ли это тем, что все они говорят одно и то же, или молодой человек наслаждается разнообразием и широтой мнений? Терапевт может побудить молодого человека изучить, что происходит, когда у сверстников разные мнения. Ему станет ясно, что сверстники часто расходятся во мнениях друг с другом, например, по поводу предпочтений в музыке, но это, как правило, приводит к более насыщенному разговору, а не к отвержению и разногласиям. Смысл здесь состоит в том, что открытое выражение себя и своих индивидуальных предпочтений, будь то в одежде, музыке, еде, манерах или речи, более привлекательно для других.

Как только эта идея будет обозначена, молодому человеку, скорее всего, понадобится помощь. Ролевая игра, как правило, является подходящей отправной точкой. Терапевт играет роль молодого человека двумя разными способами. В первой ролевой игре они ведут себя так, как подросток в настоящее время взаимодействует со своими сверстниками. Во второй ролевой игре терапевт выражает разные мнения. Молодому человеку предлагается поразмышлять о том, каково это - быть реципиентом. Следующая запись показывает, как терапевт проводит ролевую игру с Джайдой.

Терапевт: *Давай просто начнем с небольшой ролевой игры, я собираюсь сыграть роль молодого человека, который ведет себя почти так, как ты описала. Чего я хочу, так это чтобы ты согласилась немного поболтать со мной и просто попыталась оценить, как это было для тебя. Хорошо? Тебе ведь нравится блоггеры, правда? И ты ведёшь свой собственные блог? Так мы поговорим об этом? Ладно, отлично. Итак, какие блоггеры тебе нравятся сейчас?*

Пациент: *Мне все еще очень нравится Зоэлла, она классная, очень искренняя в своих трудностях и многих вещах, а еще очень забавная. А Вам кто нравится?*

Т. *Да, мне тоже нравится Зоэлла.*

П. *Вам тоже? А какие ее посты вы видели из последних? Вам понравилось «ужасное пение в машине»?*

Т. Точно уже не помню, но да, мне тоже очень понравилось «ужасное пение в машине».

....

Т. Ладно, Джайда, давай закончим эту ролевую игру. Как она тебе?

П Это было довольно трудно! Мне казалось, что я разговариваю сама с собой, как будто другой человек на самом деле ничего не дает, и я должна была сделать всю работу. И это заставляло чувствовать себя довольно напряженно. Ещё я не чувствую, что узнала что-то о нём.

Т. О'кей, ты очень верно подметила. Таким образом, ты обнаружила, что это тяжёлая работа, как “разговор с самим собой”, и ты не узнала другого человека. Просто запомни свою реакцию. А теперь давай сделаем немного по-другому. Давай устроим ещё одну ролевую игру. Снова отвечай так же, как и в прошлый раз. Итак, какие блоггеры тебе сейчас нравятся?

П Я думаю, что Зоэлла классная, я по-прежнему ее фанатка. А Вам кто нравится?

Т Раньше я тоже была фанаткой Зоэллы, но тебе не кажется, что она «уже не та» с тех пор, как стала суперзвездой? Не думаю, что она сейчас настолько же искренняя...

П Думаете? Я отчасти понимаю Вашу точку зрения, и я знаю, что многие ее бывшие фанаты говорят также, но я думаю, что она все еще хороша, и молодец, что продолжает вести блог.

Т Это правда, мы все, наверное, так поступили бы. Однако она мне нравилась, потому что раньше я думала, что ее жизнь, вероятно, очень похожа на мою, но теперь она совсем другая.

....

Терапевт Хорошо, а как прошел этот разговор?

П Я не хотела, чтобы он заканчивался! Это было действительно интересно и заставило меня больше поразмышлять о блоггере.

Т Ага, тогда расскажи мне, что было для тебя интересного в этом разговоре?

П Ну, интересны наблюдения о том что нас подкупает в блоггерах, что делает блоггеров интересными, - это то, что они говорят о вещах, которые имеют отношение к вам. Но в то же время я все еще нахожу Зоэлле забавной.

Т Итак, похоже, что, когда другой человек выражал свои собственные взгляды, которые, как оказалось, отличались от ваших, это привело к более интересному разговору, который побудил вас больше думать и который вы хотели продолжить?

П Да, это так.

Т Поэтому, когда вы участвуете в разговоре, и другой человек соглашается со всем, что вы говорите, не высказывая своего мнения, вы находите это тяжелой работой. Напротив, когда вы участвуете в разговоре, а другой человек высказывает свои собственные взгляды, даже если они отличаются от ваших, вы находите это интересным и хотите, чтобы это продолжалось. Почему бы тогда вам не сделать то же самое?

Для подростков, которые все еще воздерживаются от высказывания своего мнения несмотря на предыдущие ролевые игры, может быть полезна третья ролевая игра, в которой их учат быть как можно более открытыми. Несколько моментов должны стать ясны молодому человеку через ролевые игры.

Во-первых, другие не отвергнут, если делиться своей точкой зрения. Во-вторых, открытость часто вызывает более дружелюбную реакцию и создает более насыщенную и приятную беседу. В-третьих, это снижает неловкость и тревогу.

Затем планируются поведенческие эксперименты, в которых молодой человек неоднократно это проверяет.

Мотыльки, летящие на огонь

Для молодых людей, которые ищут одобрения и принятия со стороны доминирующей группы, предварительный шаг состоит в том, чтобы признать это как ответ на свои негативные социальные убеждения. Терапевт может помочь подростку составить список того, что для него важно в "друзьях". Затем они могут сравнить этот список с особенностями своих текущих отношений в группе сверстников. Например, Сиенна записала, что ей нужен друг, который был бы добрым, преданным (лояльным), веселым, разделял бы те же интересы и чтобы любил животных.

Для нее было настоящим открытием, когда она заметила, что группа к которой она хотела примкнуть не соответствует её ценностям. Это упражнение предоставило терапевту возможность поговорить с Сиенной о причинах, по которым она искала доминирующую группу сверстников. Сиенна согласилась, что она хотела ощущать себя нормальной или получить одобрение ("seal of approval") от крутой группы в классе, а не присоединиться к ним за то, кем они были как личности. Исходя из этого, можно побудить подростка искать и развивать новые дружеские отношения, которые лучше соответствуют её ценностям. Психотерапевт может помочь в этом, например, поддерживая связь со школой или помогая подростку вступить во внеклассные школьные клубы. Новые социальные отношения создают условия, в которых подросток может проводить поведенческие эксперименты и извлекать значимые уроки о себе и о том, как реагируют другие.

Нефункциональное (бесполезное) охранительное поведение

Многие виды охранительного поведения, которых придерживается социально тревожный подросток, могут непреднамеренно вызвать не очень дружелюбную реакцию со стороны других. Поведенческие эксперименты будут здесь ключевыми интервенциями (см. Главу 8) и представляют собой центральный механизм изменений. Однако некоторая адаптация может потребоваться в тех случаях, когда сверстники реагируют враждебно, и когда на молодого человека уже были навешаны ярлыки. Первое, что нужно сделать - это обратная ролевая игра (в которой терапевт играет пациента, а подросток - сверстника), чтобы молодой человек мог обнаружить то послание, которое он передает с помощью охранительного поведения. Затем следующим шагом будет проверка охранительного поведения с другими молодыми людьми. Вначале подростку может быть предложено провести свои поведенческие эксперименты с менее враждебными сверстниками. Это может быть реализовано за пределами школы, например, с друзьями семьи.

В качестве альтернативы эксперименты можно повторить несколько раз, чтобы дать сверстникам подростка возможность распознать, что сценарий изменился, и поменять свою реакцию на молодого человека. Например, Том и его психотерапевт планировали поведенческие эксперименты, чтобы проверить убеждение, что он странный или другой, и Том согласился, что он откажется от своего охранительного поведения. Поначалу Том сказал, что в реакциях его сверстников мало что изменилось.

Однако психотерапевт задался вопросом, не потребуется ли сверстникам Тома немного времени, чтобы заметить изменения в его поведении, и не "читают ли они все еще старый сценарий". Том согласился продолжать этот эксперимент, и действительно, со временем его одноклассники больше не делали таких комментариев, как "одиночка", и начали кивать и улыбаться ему, когда он смотрел им в глаза.

Низкая самооценка

Существует множество мероприятий, направленных на работу с низкой самооценкой. Мы представили здесь практически полный список необходимых методик. В большинстве случаев нет необходимости выстраивать работу с низкой самооценкой напрямую. Многие молодые люди будут демонстрировать низкую самооценку в начале лечения, но она, как правило, улучшается при стандартной КТ-СТР-П. Тем не менее, небольшая часть социально тревожных подростков будет иметь низкую самооценку, которая проявляется во многих сферах жизни, вызывает беспокойство, ухудшение самочувствия, а также устойчива к стандартной КТ-СТР-П. Для этих молодых людей

могут быть полезны стратегии, приведенные ниже. Работа с самооценкой должна проводиться ближе к концу лечения, после того как будут использованы основные компоненты КТ-СТР-П. Обычно для этого требуется максимум один - два сеанса терапии.

Понятно, что для многих подростков опыт виктимизации и буллинга оказывает глубокое влияние на их самооценку. Это особенно актуально, когда буллинг был продолжительным, и в нём участвовало несколько человек в разных обстоятельствах. У людей с низкой самооценкой такие мысли, как “Я бесполезный”, “Я неадекватный”, “Я плохой”, “Я никому не нравлюсь”, не ограничиваются социальными ситуациями.

Вмешательство будет включать в себя оспаривание идеи о том, что обидчики являются арбитрами в отношении ценности человека; рассмотрение низкой самооценки как формы самокритики; и методы развития более позитивных убеждений о себе. Дополнительные методы, которые могут быть полезны, включают ассертивную защиту своего "Я" и конфронтацию с голосом Критика.

Обычно подросток усваивает повторяющиеся негативные комментарии участников буллинга и строит на этом свою самооценку. Побуждайте подростка подвергать сомнению слова задиры. Используя технику взгляда со стороны, можно подорвать вес комментариев автора буллинга. Например, попросите молодого человека представить, что бы он подумал, если бы над другом, братом или сестрой издевались. Следующая расшифровка диалога демонстрирует это.

Терапевт: *Итак, мне просто интересно кое-что. Давайте представим, что кто-то издевался над вашим другом. Они говорят, что он неудачник, идиот, урод. Что бы вы сказали своему другу? Вы бы сказали: “да, конечно, они правы”?*

Пациент: *Нет, конечно, нет! Этот человек просто пытается причинить боль. Это совершенно неправда.*

Т *Хорошо, значит, вы скажете другу, что это неправда, что они говорят это только для того, чтобы причинить боль?*

П *Да, конечно. Он хорошей, и я бы напомнил ему об этом.*

Т *Значит, ты хочешь сказать ему, чтобы он прислушивался к людям, которые на самом деле его друзья и хорошо его знают? Правильно ли я понял?*

П *Угу.*

Т *Итак, если вы сказали бы своему другу игнорировать хулиганов, почему бы вам не сделать то же самое для себя?*

Еще одна хорошая стратегия, направленная на то, чтобы подорвать воздействие участников буллинга состоит в том, чтобы побудить подростка взглянуть на другие источники информации в

поисках доказательств улучшающих самооценку. Определите области жизни, в которых подросток добивается успеха, и побуждайте их связывать это со своим самоощущением. Например, они могут быть хороши в танцах, выпечке, футболе или играх. Эта работа поможет продемонстрировать тот факт, что молодой человек может быть охарактеризован не только сквозь призму отношения к нему доминирующей группы. Он может нарисовать mind map или диаграмму в виде паутины, чтобы проиллюстрировать это.

Как только будет достигнуто согласие в том, что участники буллинга не являются арбитрами самооценки человека, дальнейшая работа будет сосредоточена на обучении молодого человека процессам, которые поддерживают низкую самооценку. Хороший способ сделать это - использовать метафору предубеждения. Эта техника была подробно описана Падески (1993). По сути, это включает в себя ряд вопросов, которые направлены на то, чтобы подчеркнуть, что в настоящее время подросток сосредоточен на предубеждениях в отношении самого себя в своем мышлении и поведении. Терапевт начинает с того, что развивает у подростка понимание о том что такое предубеждение. Затем его просят назвать кого-то, кого они знают, у кого есть предубеждение (с которым они сами не согласны). Например, у 15-летней Зои была очень низкая самооценка. Следующая расшифровка демонстрирует, как терапевт вводит аналогию с предубеждением. Поначалу Зоя изо всех сил пытается понять, что такое предубеждение, и поэтому терапевт использует альтернативные фразы, такие как "осуждать что-то", быть "судьей" и "хейтером".

Терапевт: *Теперь мы поговорим о чем-то немного другом. Мы поговорим о предубеждениях, предрассудках. Знаете ли вы, что такое предубеждение?*

Пациент: *Ммм... нет.*

Т: *Предубеждение немного похоже на сильное, но несправедливое суждение о чем-то, словно быть хейтером или судьей. Так, например, вы учили что-либо о расизме в школе?*

П: *Да, в прошлом семестре у нас было собрание по этому вопросу.*

Т: *Да, и знаете ли вы что такое расизм?*

П: *Это все равно, что думать, что люди менее хороши только из-за цвета их кожи или чего-то в этом роде?*

Т: *Это отличное объяснение. Так что расизм - это своего рода предрассудок. Это дискриминация по отношению к другим. Знаете ли вы кого-то у кого есть предубеждение и с кем вы не согласны?*

Затем можно выявить предубеждения в обработке информации, которые активны и которые препятствуют изменению негативных убеждений. Они могут включать в себя обесценивание, искажение, оценку наблюдаемого факта как некоторого исключения или исключение,

подтверждающее правило и игнорирование фактов. Следующий пример показывает, как терапевт обсуждает метафору предрассудка с Зоей. Зоя определила, что у ее дяди было предубеждение против мусульман. Она сказала, что категорически не согласна с дядей и это действительно расстраивает её. Психотерапевт расспрашивает Зою о том, как отреагировал бы ее дядя, столкнувшись с примерами того, как мусульманин не очень хорошо справляется с заданием. Зоя отвечает, что он сказал бы: «Вот видишь, все так, как я говорю». Терапевт спрашивает, что сказал бы ее дядя, если бы он столкнулся с примером мусульманина, хорошо выполняющего задание. Зоя предположила, что он скажет: «Ну, это единичный случай» (*исключение, подтверждающее правило*) или «да, но я уверен, что у них плохие намерения» (*искажение*), и «в любом случае, это была не такая уж впечатляющая работа, не так ли?» (*обесценивание*). Зою спрашивают, замечал ли ее дядя обычно такие примеры, когда мусульмане хорошо выступали. Она предположила, что он будет склонен не замечать их (*игнорирование*). Финальные шаги заключаются в том, чтобы спросить у подростка, как бы она изменила предубеждение такого человека, и связать метафору со своим собственным опытом. Эти шаги кратко изложены в Таблице 23.

Таблица 23. Полезные вопросы для обсуждения модели предубеждений

- Знаете ли вы, что такое предубеждение?
- Можете ли вы вспомнить человека в своей жизни, у которого есть предубеждение, с которым вы не согласны?
- Представьте, что этот человек видел, как субъект предубеждения, плохо/хорошо выполнил задание. Что он подумает? Что бы он сказал?
- Как бы вы изменили мнение этого человека? Что нужно было бы попросить сделать?
- Как вы думаете, почему мы говорим об этом? Как это может быть связано с вашим опытом?

Как только установлена связь между метафорой предубеждения и собственной низкой самооценкой, терапевт может объяснить молодому человеку, что в результате когнитивных искажений, доказательства, противоречащие предубеждению, отклоняются. Терапевт объясняет, что для преодоления этого необходим поиск доказательств альтернативной точки зрения. Эти данные могут быть подробно рассмотрены и оценены. Преодолеть предвзятость можно через запись доказательств альтернативной позиции (например, что подросток симпатичен). Подросток имеет возможность отклонить аргументы после тщательного их изучения, но сначала их необходимо записать, а не сбрасывать их со счетов автоматически. Таким образом, мы просим подростка откладывать вынесение своего оценочного суждения и проявить предвзятость в противоположном направлении.

Молодого человека просят записать все доказательства в журнал позитивных данных. Для начала терапевт и клиент определяют, что будет служить доказательством, подтверждающим новое (позитивное) убеждение. На что должен обращать внимание подросток? Как люди будут реагировать на того, кто является симпатичным/интересным/стоящим? Например, подтверждением того, что человек симпатичный может быть, то, что ему улыбаются, пишут сообщения, оказывают помощь. Потратьте время на это упражнение, чтобы составить полный список. Обычно, когда клиент приносит свой заполненный журнал данных все становится очевидно. Пример журнала положительных данных, заполненных Зоей, приведен в таблице 24.

Таблица 24. Журнал положительных данных Зои

<i>“Я привлекательный человек”</i>							
	ПН	ВТ	СР	ЧТ	ПТ	СБ	ВС
<i>Улыбается мне</i>							
<i>Здоровается</i>							
<i>Делает мне комплимент</i>							
<i>Смеется, если я пошучу</i>							
<i>Задаёт мне вопрос</i>							
<i>Пишет мне или отвечает на сообщение</i>							
<i>Занимает для меня место в классе или в столовой</i>							
<i>Помогает мне, когда я прошу об этом*</i>							
<i>Приглашает меня на что-то</i>							
<i>Делится чем-то со мной</i>							

* Оказывается, кто-то предлагал мне помощь всякий раз, когда она была мне нужна!

Поведенческие эксперименты – еще один важный метод борьбы с низкой самооценкой. Предыдущие поведенческие эксперименты можно пересмотреть, чтобы собрать доказательства позитивных убеждений о себе. Можно запланировать целенаправленные эксперименты по проверке позитивных убеждений. Например, Зоя считала себя непривлекательной. В результате

она избегала встречаться с друзьями, опасаясь быть отвергнутой. Результаты ее поведенческого эксперимента представлены в таблице 25.

Таблица 25. Запись поведенческого эксперимента для Зои.

Ситуация	Ожидания	Эксперимент	Результат	Чему я научилась
С друзьями	Если я предложу приятелям встретиться на выходных они все сделают вид, что у них есть планы и скажут, что не могут. 70% убежденности	В понедельник я предложила друзьям пойти в кино на выходных и следила за их реакцией.	Одна из подруг (Сара) сказала, что занята на выходных. Но когда вторая согласилась, Сара попросила перенести через неделю, чтобы она тоже смогла присоединиться. 10% убежденности в первичной мысли	Возможно я всё же располагаю к себе людей Убежденность 45%

Часто подростки с низкой самооценкой очень самокритичны. Враждебное отношение к себе способствует сохранению низкой самооценности. Для работы с этим могут быть использованы техники самосострадания или заботы о себе. Например, с одним подростком была использована аналогия с речевкой болельщиков, чтобы показать, что ее продолжающаяся самокритика не является полезной. Она смогла увидеть, что до сих пор была за одно с командой-соперником и запланировала быть в своей команде, чтобы подбадривать себя. Важной идеей стало решение относиться к себе так, как она относилась бы к другу. Она запланировала позитивные приятные занятия, включая покраску ногтей, просмотр любимого фильма с сестрой, чтение журнала и регулярные физические упражнения.

Падески (1997) выступает за использование техники, которую она называет ассертивной защитой себя. Люди с низкой самооценкой будут чувствительны к критике, особенно когда она резонирует с их собственными негативными убеждениями. Эта техника направлена на то, чтобы помочь клиентам справиться с критикой со стороны других, когда она возникает. Мы не считаем эту технику обязательной, но это то, что следует иметь в виду как потенциально полезную стратегию. Речь идёт о ролевой игре. Молодой человек сначала берет на себя роль критика (критика обычно перекликается с негативными убеждениями молодого человека), а терапевт

отвечает критику в ассертивной манере. Например, критика может звучать так: “Ты выглядишь таким нервным, неудачник”. Терапевт мог бы ответить: “Ну, это правда, что я беспокоюсь. Тревога – это не признак неудачника или слабости. На самом деле тревога очень распространена. Большинство людей чем - то озабочены.” Эта техника не обязательно должна разыгрываться в реальной жизни, но используется для того, чтобы обесценивать критику в собственной голове. Эта техника может быть полезна по двум причинам. Во-первых, это может уменьшить самокритику. Во-вторых, если кто-то критикует молодого человека в реальной жизни, он будет лучше справляться с этим, используя внутренний ассертивный разговор, а не усваивая негативные комментарии.

У подростков с низкой самооценкой часто имеется внутренний критический голос. Этот голос словно внутренний хулиган-задира, в основе которого негативные убеждения и оценочные суждения. Одна из проблем заключается в том, что большая часть этой самокритики принимается автоматически и без сомнения. Полезно сосредоточиться на работе с критиком, когда это необходимо.

Помогите молодому человеку сначала заметить самокритичный голос, когда он возникает. Следующий шаг - научиться игнорировать его. Можно сделать это двумя способами. Они могут напомнить себе о том, что они узнали из терапии до сих пор. В частности, важен реальный опыт взаимодействия с людьми, а не предрассудки их внутреннего голоса. Поэтому, когда появляется самокритичный голос, это воспринимается как сигнал к тому, чтобы переключить свое внимание вовне и посмотреть, как другие реагируют на них здесь и сейчас. Другая стратегия состоит в том, чтобы напомнить себе, что это "тот самый старый негативный голос", "вот он снова", и вместо этого выбрать сострадание к себе.

12.3. Романтические отношения

Большинство подростков считают свои первые сексуальные и романтические отношения стрессовыми. Первоначально эти переживания характеризуются большой неопределенностью и наивностью. Подростки будут узнавать о себе и о том, как работают романтические и сексуальные отношения. Для молодых людей с социальной тревожностью этот процесс может быть еще более сложным по ряду причин. Терапевту важно сохранять бдительность к этой теме, чтобы своевременно нормализовать и дать необходимые рекомендации. Не для всех молодых людей сфера романтических и сексуальных отношений будет актуальна. Кто-то может быть ещё не заинтересован в развитии романтических отношений, или эта область не затронута социальной тревогой. Подсказки, позволяющие предположить, что социальная тревога влияет на романтические отношения молодого человека, можно получить из анкеты социального участия и удовлетворенности (см. Приложение В), а также из сеансов терапии.

Нет смысла спрашивать социально тревожного подростка о его романтических и сексуальных интересах без какого-либо повода. Есть вероятность, что подросток не вернется на следующий сеанс. Предпочтительнее, чтобы инициатива была на клиенте. Если сфера романтических отношений обозначается проблемной зоной, то некоторые конкретные вмешательства, описанные ниже, могут быть полезны. Большинство из них будут соответствовать стандартным вмешательствам КТ-СТР-II, уже описанным в предыдущих главах. Работа с негативным образом себя может быть важной, и поведенческие эксперименты также, вероятно, будут иметь решающее значение (см. Главы об обратной связи в виде видео-и фотографии [Глава 6], Поведенческие эксперименты и опросы [Глава 8]).

Прежде чем осуществить терапевтическое вмешательство, важно сделать два шага. Во-первых, аккуратный анализ романтических отношений молодого человека, романтического опыта, а также сексуальной ориентации и идентичности. Это может включать процесс сравнительного анализа романтических отношений, в которых в настоящее время находятся друзья молодого человека, а также семейного и культурного отношения к романтическим связям. Во-вторых, нормализация чувства тревоги и растерянности, которые являются неотъемлемой частью подросткового возраста.

Типичное развитие романтических отношений в подростковом возрасте

Одним из отличительных признаков подросткового возраста является возникновение романтических отношений. Это совпадает с наступлением половой зрелости и более активным участием в разнополых группах. Романтические отношения имеют особую остроту, что отличает их от других отношений со сверстниками, и обычно они связаны с поведением сексуального

характера (ожидаемым или текущим). Романтические эксперименты распространены в подростковом возрасте и описывают более широкий набор моделей поведения и убеждений. Они включают в себя влюбленность, фантазии и краткие сексуальные контакты.

Большинство подростков в этом возрасте испытывают растущий интерес к представителям противоположного/того же пола (в зависимости от их сексуальной ориентации). Кроме того, для подростков наличие парня или подруги часто является признаком "вписывания в группу" и придает социальный статус. Однако научиться ориентироваться в романтических отношениях непросто, и ранние попытки их установить, как правило, оборачиваются неловким опытом. Подростку необходимо понять нужны ли ему романтические отношения или дружба. Он будет изучать и пытаться реализовать свои сексуальные желания, а также решать вопросы сексуальной ориентации. Беспокойство по поводу реакции сверстников на их поведение часто занимает первое место в их сознании. Например, как друзья будут рассматривать его отношения или романтический интерес.

Интерес к романтическим отношениям в подростковый период изменчив. На раннем этапе молодые люди в первую очередь заинтересованы в определении своих сексуальных интересов, собственной привлекательности, в том, как взаимодействовать с теми, кто их интересуется, и как реагирует группа сверстников. Только позже сексуальное удовлетворение и партнерство становятся более значимыми.

Влияние социальной тревожности на развитие романтических отношений в подростковом возрасте

Для подростков с социальной тревожностью романтические переживания и отношения будут более сложными. Многие подростки будут активно избегать романтических отношений, потому что они воспринимают их как еще более угрожающие, чем отношения со сверстниками. В результате социально тревожные подростки упускают возможность узнать о своей формирующейся сексуальности и о том, как строить романтические отношения. Это избегание, в свою очередь, будет поддерживать негативные социальные установки. Определив проблему, терапевт начинает с проведения оценки (sensitive assessment). Следующий шаг - нормализовать беспокойство и неуверенность, которые испытывает молодой человек. Затем терапевт должен побудить молодого человека поговорить о том, чего бы он хотел в области романтических отношений. Выявляются конкретные ожидания, препятствующие подростку инициировать или вступить в романтические отношения. Таким образом, готовится почва для планирования поведенческих экспериментов, чтобы проверить эти страхи.

Часто охранительное поведение, которого придерживаются подростки с социальной тревожностью, отталкивает поклонников. Например, если избегать зрительного контакта и

говорить меньше, то это будет означать отсутствие интереса и может быть воспринято как признак отвержения. Вмешательства включают в себя ролевые игры с терапевтом, чтобы узнать о неблагоприятных последствиях охранительного поведения, обратную связь с видео и фотографией, чтобы исправить любые выявленные негативные образы себя, а также поведенческие эксперименты, чтобы проверить эффект отказа от бесполезного охранительного поведения.

Многие социально тревожные подростки считают себя непривлекательными. В результате некоторые из них чрезмерно уступчивы и всегда соглашаются со сверстниками, чтобы быть принятыми. Такое поведение может проявляться и в романтических отношениях. Некоторые социально тревожные подростки обнаруживают, что соглашаются вступать в романтические отношения из-за желания получить признание (от поклонника и/или своих сверстников), а не по своему личному выбору. В результате они могут оказаться в неравных или насильственных отношениях. Точно так же они могут развивать бурные романтические отношения в ущерб других отношений.

Необходимо будет тщательно подбирать вмешательства, чтобы подросток не воспринимал терапевта как критикующего их отношения или выбор партнера. Стратегии, которые могут быть полезны здесь, включают в себя те, которые используются в работе с эффектом мотылька и низкой самооценкой (описано в главе 12, раздел 12.2.). Например, молодому человеку можно мягко помочь увидеть свое поведение (будь то уступчивое поведение или наличие отношений за счет дружбы) как результат его негативных социальных убеждений (например, “если он примет меня, то я в порядке как личность”, “никто другой не будет обладать мной”, “Я в безопасности с ней, потому что она не отвергает меня, поэтому мне больше никто не нужен”). Подросток и терапевт могут работать над тем, чтобы определить какими он хочет видеть потенциальные отношения (как с точки зрения специфики их романтических отношений, так и с точки зрения того, хотели бы они дружбы в дополнение к своим романтическим отношениям и т.д.). Затем молодому человеку может быть оказана поддержка в изменении его межличностных отношений.

Некоторые подростки вступают в краткосрочные сексуальные отношения в качестве менее тревожной альтернативы развитию эмоционально близких отношений. Например, одна 17-летняя девушка, Нина, объяснила, что “Обычно люди сначала знакомятся лучше узнают друг друга, а у меня всё наоборот, мне сложно сказать что-то больше, чем “Привет!”. Я так хочу поговорить, но не могу – я просто волнуюсь и краснею из-за своих слов. Поэтому я начала выпивать, когда гуляла с друзьями. В первый раз, когда это случилось, мы были в парке с кучей людей, и ко мне подошел мальчик и начал целовать меня. Мы ушли и сделали дело. И так было намного проще... без этого неловкого разговора; я не чувствовала себя полной неудачницей. Но я чувствую, что ничего не меняется. У меня просто случаются такие же интрижки как и раньше. Я хотела бы быть с кем-то

по-настоящему, но я как бы загнала себя в угол: все еще не знаю, как разговаривать с мальчиками, а они все считают меня лёгкой и поэтому обращаются ко мне.”

Подобные трудности часто можно преодолеть с помощью стандартных методов КТ-СТР-П. Когда подросток почувствует, что его принимают таким, какой он есть, это наблюдение будет распространяться и на людей, к которым он испытывает сексуальное влечение. Если этого не произойдет, то могут быть запланированы специальные поведенческие эксперименты. Например, Нина хорошо освоила КТ-СТР-П. У неё есть близкие подруги, с которыми она поддерживает отношения, а недавно она начала на группе разговаривать с парнем по имени Томас. Он был не похож на тех парней, с которыми она обычно заводила интрижки. По словам Нины, он казался более спокойным и не предпринимал никаких попыток физического контакта. Нина подумала, что Томас может ей понравиться, но почувствовала сильную тревогу от перспективы познакомиться с ним поближе. Она объяснила терапевту, что не знает, как взаимодействовать с ним, если они остаются наедине, не вступая в физические отношения. Терапевт и Нина запланировали поведенческий эксперимент. Она решила пойти на вечеринку, поговорить с Томасом, но не вступать с ним в физический контакт. Она думала, что разговор иссякнет, что он потеряет интерес, и она останется одна. Несмотря на то, что с самого начала она чувствовала беспокойство и неловкость, ей удалось сохранить фокус во вне и отказаться от своего охранительного поведения. У нее был 10-минутный разговор с Томасом, и в конце он попросил ее номер телефона. Нина записала поведенческий эксперимент в протокол, приведенный в таблице 26.

Подростковые романтические интересы часто быстротечны и изменчивы; молодой человек может одержимо любить кого-то одну неделю, а уже на следующей найти другой объект любви. Отвержение неприятно всем, но этот опыт будет особенно болезненным для социально тревожных подростков с резонирующими негативными социальными убеждениями, такими как “Я буду отвергнут”. Методы работы аналогичны тем, которые используются для работы с восприятием сверстников (глава 12, раздел 12.2.). Цель состоит в том, чтобы молодой человек увидел в переключении романтического интереса что-то естественное и без злого умысла, а не как свидетельство личного отвержения. Поведенческие эксперименты предполагают сбор данных об аналогичном опыте у сверстников. Можно провести опросы, чтобы оценить, во-первых, обнаруживают ли другие молодые люди, что их романтический интерес меняется, и, во-вторых, как они реагируют, если кто-то перестает ими интересоваться.

Таблица 26. Отчет об эксперименте Зои

Ситуация	Предсказание	Эксперимент	Результат	Чему я научилась
<p><i>Вечеринка у Саши, Томас будет там.</i></p>	<p><i>Разговор иссякнет, он потеряет интерес, и меня оставят одну.</i> 80%</p>	<p><i>Я пошла на вечеринку без спиртного. Я пыталась собраться духом, когда Томас подошел ко мне. Я реально нервничала, но справилась с этим, и не прибежала к тому, чтобы дотронуться до него или флиртовать как обычно.</i></p>	<p><i>Мы разговаривали в течении 10 минут! Поначалу было немного страшно просто разговаривать, чем заниматься обычным флиртом. Но беседа была приятно, и казалось ему нравится говорить со мной. Просто говорить со мной! Потом он попросил номер моего телефона, и я не переставала улыбаться.</i> <i>Первоначальное убеждение – 15%.</i></p>	<p><i>Я могу разговаривать с парнями, и с парнями, к которым у меня есть интерес. И я могу быть им интересна как человек. Мне не нужно сразу начинать физический контакт для того, чтобы нравится. Поддерживать отношения с Тихоном и держаться подальше от того, чтобы с ходу вступать в физический контакт</i></p>

ГЛАВА 13. ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВА И ЗАВЕРШЕНИЕ ТЕРАПИИ.

13.1 Предотвращение рецидива.

Даже после успешного лечения симптомы могут возвращаться. Это может быть спровоцировано стрессом, например буллингом, болезнью или значимыми изменениями (например, поступление в институт). Исследования с долгосрочным наблюдением у взрослых в целом выявили, что люди, проходившие лечение когнитивной терапией, сохраняют или улучшают результаты, полученные в терапии. Рецидив случается относительно редко. Например (Clark et al., 2003), сообщалось о частоте рецидивов 5% в год после когнитивной терапии в сравнении с 40% после лечения антидепрессантами. Одной из причин низкой частоты рецидивов может быть включение программы профилактики рецидивов на последних этапах терапии. Ключевые принципы – закрепить знания, полученные в ходе лечения, предвосхитить неудачи и иметь план, чтобы справиться с ними. Вся эта информация собирается в персонализированный план (обзор, Blueprint), который пациент разрабатывает совместно с терапевтом и в качестве домашнего задания. Шаблон противорецидивного плана (обзора терапии) в приложении “К”.

Мы обычно знакомим с принципами предотвращения рецидива на 13 сессии. Подростку напоминают, что CT-SAD-A это терапия, цель которой – дать им новые навыки управления тревогой, а также навыки более реалистичного взгляда на мир. По мере того, как лечение подходит к концу, полезно провести обзор уроков, извлеченных в терапии, и суммировать (обобщить) их в письменном виде. Это будет ресурсом к которому можно обратиться, чтобы продолжить работу над своими долгосрочными целями, справиться с неудачами, если они случатся, и пресекать социальные проблемы в зародыше, если они возникнут. Во время сессии терапевт прорабатывает серию вопросов, и молодой человек записывает ответы в свой «Обзор терапии». Главные темы, которые необходимо осветить, суммированы в таблице 27. В качестве домашнего задания после сессии 13 молодого человека просят перечитать и завершить свой Обзор терапии. См. образец на примере Сиенны в табл. 28.

На финальной встрече приглашают родителей. Когда это возможно, мы поощряем подростка взять на себя инициативу и проговорить с родителями весь план (см. Главу 11 по «Работе с родителями» для подробной информации, как и почему мы это делаем).

Таблица 27. Основные пункты плана предотвращения рецидива.

- Какие основные проблемы были в начале терапии?
- Что поддерживало трудности? (напр. модель поддерживающих факторов)

- Какие были главные негативные мысли?
 - Как ты можешь ответить на них?
 - Какие доказательства поддерживают твои ответы?
 - Что ты узнала в терапии (уточнить бесполезные убеждения и стратегии, а также полезные альтернативы)?
 - Какого прогресса ты достигла в терапии? Что теперь по-другому?
 - Какие сложности ты ожидаешь в ближайшем будущем и как ты преодолеешь их?
 - Какие у тебя цели на будущее?
 - Какой совет ты дал(а) бы другому подростку с социальной тревогой?
-

Таблица 28. План Сиенны

МОЙ ОБЗОР ТЕРАПИИ
<p>Как развивалась ваша социальная тревога?</p> <p>Вы можете вспомнить, когда она началась? Происходило ли в то время что-то важное или значительное? Был какой-то последующий опыт, который усилил вашу социальную тревогу?</p> <p><i>Моя социальная тревога началась, когда мне было 9. Меня травил в моей первой начальной школе, поэтому я не чувствовала себя уверенно. Потом я потеряла контроль над кишечником в классе, и это все ухудшило. Люди стали еще хуже ко мне относиться. Я перешла в другую начальную школу, но мне все равно было трудно. Когда я пошла в среднюю школу, я надеялась, что станет лучше, но несколько девочек из началки пришли в мою новую школу, и все началось заново. Они были большой сильной группой.</i></p>
<p>Что поддерживало это все?</p> <p>Здесь может быть полезно упомянуть о сосредоточении на себе/самомониторинге и на любых трудностях, которые это вызвало; об охранительном поведении, которое вы использовали, и трудностях, которые оно вызвало; о значении, которое вы придавали своим чувствам, а не поведению в текущий момент. Избегали ли вы чего-то?</p> <p><i>Каждый раз, когда мне приходилось сталкиваться с социальной ситуацией, у меня были негативные мысли, типа «Я скучная». Из-за этого я чувствовала себя действительно тревожно. Потом я застряла в порочном круге. Я концентрировалась на себе и на том, какое</i></p>

я произвожу впечатление. Я думала, что раз я ЧУВСТВУЮ себя тревожно, это означает, что я ВЫГЛЯЖУ тревожной (для всех). У меня было много бесполезного охранительного поведения, например, контролировать внешнее впечатление, соглашаться со всеми, планировать, что сказать, и чтобы мама говорила за меня.

Ваши главные негативные мысли.

Подумайте: какие были самые важные негативные мысли и убеждения – и ответы на них?

Негативные мысли	Ответы на них	Подтверждение для ответов
<i>Я скучная</i>	<i>Я интересная</i>	<i>Когда я подхожу к людям, чтобы поболтать без подготовки, они заинтересованы и хотят проводить со мной время</i>
<i>Я буду смешно (странно) говорить</i>	<i>Я говорю понятно, но если даже и говорила странно, это не имело значения</i>	<i>Когда я говорю в классе или в магазинах, или с друзьями, люди слушают и помогают. Мы пробовали говорить странно, но никого это не волновало.</i>
<i>Я странная</i>	<i>Я в порядке такая, как есть</i>	<i>Когда я отказываюсь от охранительного поведения и веду себя как есть, никто не смотрит на меня странно или как будто я ненормальная.</i>
<i>Я хуже других (неполноценная)</i>	<i>Я такая же хорошая, как и все остальные</i>	<i>У меня много способностей во многих областях.</i>
<i>Люди отвергнут меня</i>	<i>Люди хотят быть со мной</i>	<i>Меня приглашают на разные мероприятия люди, с которыми я хочу проводить время. Когда я пишу друзьям или приглашаю их куда-то, они отвечают.</i>

Чему вы научились на терапии.

Подумайте: что было полезным? Что вы узнали о роли охранительного поведения? Что вы узнали о концентрации на себе и своем представлении?

Я узнала, что со мной и так все в порядке! Часть проблемы заключалась в использовании всего этого охранительного поведения. Оно мешало мне понять, что мои страхи не соответствуют действительности. Оно заставляло меня чувствовать себя более тревожно. На самом деле оно могло действительно сделать мои опасения более вероятными. Например, попытки контролировать то, что я говорю, заставляют меня чаще запинаться. Охранительное поведение может отталкивать людей. Например, избегание зрительного контакта заставляло людей думать, что я не хочу с ними разговаривать. Концентрация на себе тоже не помогает. Из-за этого я чувствую себя более напряженной. Я не замечаю, что происходит на самом деле и что делают другие люди. Это заставляло меня обращать внимание на свои ощущения и ужасную картину в моей голове (меня, выглядящей потерянной и бестолковой). И тогда я думаю, что я действительно так выгляжу со стороны. В терапии я научилась вступать в социальное взаимодействие и отказываться от охранительного поведения и переключать внимание вовне. И тогда я могу узнать, как на самом деле реагируют люди. Оказывается, позитивно! Также я узнала, что эта ужасная картина в моей голове - не то, как я выгляжу, это скорее призрак из прошлого. На самом деле я выгляжу совершенно нормально!

Как справиться с любыми будущими неудачами.

Подумайте: Что могло бы произойти в будущем и поколебать вашу уверенность в себе?

Появятся ли снова какие-то особые мысли? Вы начнете концентрироваться на себе? Может быть, вы примете свои чувства за то, каким вы кажетесь другим? Что можно сделать, если вы заметили начинающийся регресс (откат) – перечислите стратегии, которые могут помочь.

Какие ключевые вещи нужно вспомнить и сделать в этот момент? Какие эксперименты помогут вам вернуться в нужное русло?

Вещи, которые могут подорвать мою уверенность: если кто-то был груб со мной или не пригласил меня куда-то. Но теперь я знаю, что нечто подобное может происходить (иногда это случается со всеми), но это не значит, что со мной что-то не так. Если я замечаю, что начинаю плохо думать о себе, например, “я странная”, теряю уверенность в социальных ситуациях, сосредотачиваюсь на себе и прибегаю к прежнему охранительному поведению, тогда мне нужно:

- 1. ПРОЧИТАТЬ ЭТО (МОЙ ПЛАН)!*
- 2. Проверить страхи, которые я замечаю, в поведенческих экспериментах.*
- 3. Концентрироваться на окружающих.*
- 4. Отказаться от охранительного поведения*

5. Напомнить себе, что “Я хороша такая, какая я есть”

Как развивать то, чему вы научились.

Подумайте о том, что вам нужно сделать, чтобы поддерживать эти изменения и улучшения? Над чем еще предстоит поработать – здесь может быть полезен план действий. Есть ли еще проблемные области - что-то, чего вы все еще избегаете? Как вы можете сейчас “украсть всеобщее внимание”, экспериментировать с тем, чтобы быть в центре внимания – какие эксперименты могут быть полезны? Насколько вы действительно верите своим новым мыслям и новым взглядам – есть ли еще какие-то сомнения – что вы можете сделать, чтобы устранить сомнения? Учитывая то, что вы узнали, что действительно поможет вам сохранить ваши новые убеждения в будущем?

Я собираюсь продолжать "оказываться в центре внимания" и "занимать место"!

В краткосрочной перспективе я собираюсь провести презентацию с двумя друзьями на собрании класса. В среднесрочной перспективе я собираюсь пройти прослушивание на одну из главных ролей в следующем спектакле с моей танцевально-драматической группой.

Это поможет мне продолжать проверять то, что я узнала: что я в порядке такая, какая есть, интересная и такая же хорошая, как и любой другой человек!

13.2. Поддерживающие сессии

Поддерживающие сессии проводятся через 1, 2 и 6 месяца после лечения. Содержание последующих сеансов будет варьироваться в зависимости от прогресса, достигнутого подростком, от того, испытывают ли они все еще остаточные симптомы и сталкиваются ли они с препятствиями в течение периода наблюдения. На этих сессиях также следует заполнять опросники. Эти данные позволяют терапевту оценить сохранение достигнутых результатов. Если некоторые симптомы сохраняются, опросники дадут важную информацию о сохраняющихся проблемных убеждениях или об охранительном поведении, на которые необходимо обратить внимание.

Занятия должны начинаться с обзора достижений в отношении социальной тревожности. Изучаются и обсуждаются причины затруднений, если таковые имеются. Проблемную ситуацию можно представить в когнитивной модели. Затем можно использовать ролевые упражнения, просмотр видео (видео-фидбек) или планирование дальнейших поведенческих экспериментов. Процесс рассмотрения проблемной ситуации и работы по ее преодолению должны осуществляться в ясной и прозрачной манере с участием подростка. Подростку рекомендуется как можно больше

брать на себя инициативу. Терапевт может помочь ему подумать о том как он справится с такой же проблемой, если это случится в будущем. Обзор терапии (Blueprint) может быть обновлен, чтобы включить эту информацию. Наконец, если были запланированы поведенческие эксперименты или были найдены потенциальные проблемы (например, школьный выпускной бал), то их следует обсудить на следующей сессии.

13.3. Завершение терапии

В конце терапии мы сообщаем молодому человеку, как далеко он продвинулся в лечении, и благодарим его за храбрость и упорный труд. Обычно готовится терапевтическое письмо, в котором кратко излагаются конкретные навыки, которые он приобрёл в ходе лечения, и то, как они их использовал.

ГЛАВА 14. СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ

Социально тревожное расстройство редко возникает само по себе. Руководство КТ-СТР-П предназначено для терапевтов, которые занимаются лечением подростков с подтвержденным первичным диагнозом социального тревожного расстройства. Однако, у многих социально тревожных подростков может присутствовать коморбидность. Данная глава предоставляет некоторые рекомендации по тому, какие действия предпринимать в отношении расстройств, которые нередко сопровождают социальную тревогу.

Первым важнейшим шагом перед началом вмешательства является всесторонняя диагностика (в деталях описанная в [Главе 3](#)). Полученная в ходе диагностической оценки информация должна позволить клиницисту выявить имеющиеся расстройства и обосновать как они сформировались, что способствовало их закреплению и установить взаимосвязь между имеющимися расстройствами. Диагностическое обоснование даст клиницисту важнейшую информацию о том, с какого расстройства начинать терапию.

14.1. Депрессия

Очень часто социальное тревожное расстройство сопровождается депрессией. Если депрессия является вторичной по отношению к социальному тревожному расстройству, лечение стоит начинать с социального тревожного расстройства в соответствии с рекомендациями КТ-СТР-П. Обычно депрессия разрешается с успешным лечением социальной тревоги. На протяжении терапии осуществляется мониторинг депрессивной симптоматики и в конце может быть проведена дополнительная терапия депрессии, если ее симптомы сохраняются.

Если, согласно диагностике, депрессия является отдельной патологией, наряду с социальной тревогой, и ни у молодого человека, ни у терапевта нет оснований полагать, что она разрешится в ходе терапии социальной тревоги, в таком случае молодому человеку потребуется терапия депрессии с доказанной эффективностью. Согласно рекомендациям NICE (2015) (Национальный институт охраны здоровья и совершенствования медицинской помощи, 2015) психологическая помощь при депрессии включает когнитивно-поведенческую терапию и межличностную психотерапию для подростков (Mufson et al., 2004). Решение о том, будет ли проводиться терапия депрессии до или после терапии социальной тревоги в соответствии с рекомендациями КТ-СТР-П должно быть принято на основе клинической оценки, в ходе супервизии и сотрудничества с подростком.

В некоторых случаях депрессия настолько тяжелая, что требует вмешательства до КТ-СТР-П. Это может быть связано с реальным риском суицида или самоповреждающего поведения

вследствие депрессии. Или, например, если симптомы депрессии настолько тяжелые, что могут препятствовать эффективному применению КТ-СТР-П. Например, низкий уровень концентрации внимания может оказывать негативное влияние на способность молодого человека участвовать в терапии и запоминать информацию. Низкий уровень мотивации может негативно сказываться на желании или способности человека быть вовлеченным в терапию. Так, например, он может испытывать трудности с доведением до конца поведенческих экспериментов или домашних заданий. Подобным образом, если у молодого человека есть трудности в повседневной активности и выходом из дома из-за отсутствия энергии и ангедонии, на это также следует обращать внимание в первую очередь. В таких случаях, может стать необходимым проведение отдельного вмешательства по поводу депрессии в соответствии с рекомендациями NICE (2015), а уже затем переходить к КТ-СТР-П.

14.2. Генерализованная тревога

Многие подростки с социальной тревогой испытывают также беспокойство по другим вопросам, например, о своем будущем, по поводу успеваемости в школе, за свою семью, о здоровье, о потенциальном вреде, о стихийных бедствиях или мировых событиях из новостей. Когда такое беспокойство возникает часто, становится неконтролируемым и сопровождается физическими симптомами, такими как напряжение в мышцах, может быть уместным диагноз генерализованного тревожного расстройства (ГТР).

Терапию молодых людей с сопутствующей генерализованной тревогой, мы обычно рекомендуем начинать с КТ-СТР-П. Это обусловлено тем, что успех в снижении социальной тревоги часто повышает уверенность подростка, что само по себе может сделать их менее склонными к беспокойству. В главе 10 представлены полезные навыки по работе с беспокойством в целом. Терапевты могут по своему усмотрению применять их для широкого круга проблем.

Если мучительные симптомы ГТР сохраняются после КТ-СТР-П, подростку может потребоваться отдельная терапия. Работа может основываться на навыках, приобретенных в ходе КТ-СТР-П. Кроме того КБТ для ГТР может включать: психообразование по поводу беспокойства, помощь в обнаружении вызывающих беспокойство мыслей, обучение отличать страхи от проблем, снижение непереносимости неопределенности с поведенческими экспериментами и обучение навыкам решения проблем.

14.3. Панические атаки

У подростков с социальным тревожным расстройством в социальных ситуациях на высоте тревоги могут возникать панические атаки. Симптомы тревоги часто неправильно расцениваются как признаки надвигающейся психологической катастрофы, например, как потеря контроля, и после чего следует страх негативных социальных последствий как, например, “все встанут и будут смеяться надо мной”. Если панические атаки ограничены социальными ситуациями, следует начинать с КТ-СТР-П. В ходе работы над убеждениями снижается тревожность в социальных ситуациях и, панические атаки возникают все реже. Кроме того, поведенческие эксперименты в рамках КТ-СТР-П будут иметь своей мишенью когниции, схожие с теми, что поддерживают панические атаки, обусловленные социальными ситуациями. Особое значение должно придаваться тем случаям, когда подросток испытывает панику. Обычно это возникает в ситуациях публичных выступлений. В такие моменты подросток может быть призван к переключению фокуса внимания вовне и его просят сконцентрироваться на том, что делают другие. Переключение фокуса внимания вовне позволит получить больше информации об окружающих и их реакциях. Иногда полезно ранжировать ситуации в соответствии с их сложностью. Для подростка может быть сложно получать новую информацию об окружающих людях и их реакциях в разгар панической атаки. Путем ранжирования ситуаций в порядке возрастания степени сложности, терапевт может облегчить получение новой информации и создать более успешный эксперимент.

Если панические атаки возникают внезапно, как гром среди ясного неба (т. е. панические атаки не ограничены с социальными ситуациями) и подросток обеспокоен их повторением в будущем, то речь может идти о паническом расстройстве как дополнительном диагнозе. При таких атаках неправильная интерпретация симптомов тревоги наиболее часто касается психической или физической катастрофы (таких как потеря сознания или возникновение сердечного приступа). Паническое расстройство такого рода может препятствовать применению КТ-СТР-П, потому в первую очередь необходимо провести когнитивную терапию панического расстройства.

14.4. Расстройства пищевого поведения

Тревога по поводу веса и фигуры довольно распространены среди молодых людей с социальным тревожным расстройством. Они часто могут быть отражением тревоги о том, чтобы быть принятыми сверстниками или потенциальными романтическими партнерами. Например, девушки сообщили о таких мыслях как “Я хочу быть такой же стройной как другие девочки” или “я никогда не понравлюсь ему с такими большими ляжками”. Юноши описали такого рода опасения: “Я такой тощий, у меня нет никаких мышц, все думают что я лузер”. Такого рода убеждения часто имеются наряду с перфекционизмом и высокими предъявляемыми к себе

стандартами. У некоторых молодых людей будет диагностироваться расстройство пищевого поведения, в то время как у других будут иметь место нарушения, связанные с приемом пищи не достигающие уровня расстройства.

Подростков с расстройством пищевого поведения следует направлять в службу по расстройствам пищевого поведения для детей и подростков (Child and Adolescent Eating Disorder Service). Как только вес и пищевые привычки будут под контролем, может быть начата КТ-СТР-П.

Для тех, у кого имеется сочетание социального тревожного расстройства и нарушений, связанных с приемом пищи (не РПП), КТ-СТР-П может быть хорошей отправной точкой. Во-первых, уверенность в себе может быть достигнута посредством увеличения взаимодействия с другими и является лучшим способом повышения самооценки чем вес или фигура. Во-вторых, переключение фокуса внимания с себя является важной частью КТ-СТР-П. Это может в значительной степени снизить беспокойство в отношении веса и фигуры. Молодые люди начнут осознавать, что другие на самом деле не обращают внимание на их бедра или фигуру, как они считают. В действительности, это происходит из-за направленного на себя фокуса внимания, создающего ощущение, что другие и всматриваются. Таким образом, обсуждается влияние фокуса внимания на восприятие подростка того какое впечатление он производит на других, включая отношение к телу и фигуре. Концентрируясь на себе, они с большей вероятностью будут думать, что они хуже других (напр. более скучные), а также менее привлекательные (напр. толстые). Применяя КТ-СТР-П в работе с подростком, у которого имеются нарушения приема пищи на протяжении терапии следует (постоянно) держать под контролем их вес, пищевые привычки и соматическое состояние.

14.5. Телесная дисморфофобия

Подростки с социальным тревожным расстройством часто испытывают беспокойство по поводу тех или иных особенностей своей внешности. Социальное тревожное расстройство часто сочетается с телесным дисморфическим расстройством. Например, один молодой человек был обеспокоен, думая “Я скучный и тупой и все вокруг видят мой широкий нос”. Подобным образом, одна девочка-подросток имела такое убеждение “никто не хочет со мной дружить из-за того, что я такая нервная и не знаю, что сказать, и потому что у меня такая ужасная и отвратительная кожа”.

Первым делом, необходимо определить какое расстройство является первичным. О диагнозе телесного дисморфического расстройства как первичного с большей вероятностью нужно думать, когда молодой человек обеспокоен преимущественно тем, что другие отвергнут его из-за его внешности. Большая часть негативных мыслей в социальных ситуациях будет связана с

негативной оценкой их внешности. В таком случае, телесное дисморфическое расстройство будет являться первичным и следует начинать с КПТ терапии для BDD, но если симптомы после терапии сохраняются, тогда может быть необходима КТ-СТР-П. Если, связанные с внешностью опасения не выступают на первый план, и молодой человек обеспокоен больше тем, что люди думают он выглядит глупым или тревожным, скорее всего первичным является социальное тревожное расстройство и можно начинать с КТ-СТР-П. Связанные с внешностью опасения могут хорошо отвечать на целый ряд техник КТ-СТР-П. Видео и фото обратная связь (Глава 6), Тренинг (переключения) внимания (Глава 7) и Поведенческие Эксперименты (Глава 8) имеющие своей целью помочь молодым людям столкнуться с вызывающими страх ситуациями с помощью отмены охранительного поведения и переключения фокуса внимания вовне, также являются основными элементами КПТ для дисморфофобии (Veale, 2001; Wilhelm et al., 2014). Если после проведения КТ-СТР-П телесная дисморфофобия сохраняется, после этого следует сконцентрироваться на её лечении.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А. Список измерительных шкал

Еженедельные измерения:

- Шкала социальной тревоги Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale) - дети и подростки
- Общие показатели социальной фобии за неделю – версия для подростков (Social Phobia Weekly Summary Rating Scale) (SPWSS).
- Опросник социальных мыслей (Social Cognitions Questionnaire) - версия для подростков
- Шкала концентрации (Concentration Scale) – версия для подростков

Измерения перед терапией, в середине и по завершении, а также спустя 1, 3 и 6 месяцев после терапии:

- Шкала социальной тревоги Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale) - дети и подростки
- Шкала социальных итогов за неделю (Social Summary Weekly Rating Scale) – версия для подростков
- Опросник социальных мыслей (Social Cognitions Questionnaire) - версия для подростков
- Шкала концентрации (Concentration Scale) – версия для подростков
- Опросник социального поведения (Social Behavior Questionnaire) – версия для подростков
- Опросник социальных убеждений (Social Attitudes Questionnaires) – версия для подростков
- Опросник социального участия и удовлетворённости (Social Participation & Satisfaction Questionnaire) – версия для подростков
- RCADS-C (или MFQ-C и SCARED-C) – для ребёнка/подростка
- RCADS-P (или MFQ-P и SCARED-P) – для родителей

Приложение В. Шкалы самоотчета

Шкала социальной тревоги Либовица для детей и подростков (Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents (LSAS-CA))

	Страх или тревога 0 = нет совсем 1 = легкая 2 = средняя 3 = сильная	Избегание 0 = никогда (0%) 1 = иногда (1-33%) 2 = часто (34-67 %) 3 = как правило (68-100%)
Ситуация	Тревога	Избегание
1. Говорить с одноклассниками или другими людьми по телефону		
2. Участвовать в рабочих группах на уроках		
3. Есть на виду у других (в школьной столовой, кафе и т. д.)		
4. Спросить о чём-то незнакомого взрослого (помощника в магазине, завуча, полицейского), например, о том, как пройти куда-нибудь, или попросить объяснить что-то, что Вы не поняли		
5. Делать презентацию или отвечать на уроке		
6. Пойти на вечеринку, танцы или школьные активности		
7. Писать на школьной доске или писать на виду у других		
8. Говорить с другими малознакомыми детьми		
9. Начать разговор с малознакомыми людьми		
10. Пользоваться школьным или общественным туалетом		
11. Входить в класс или другое помещение, когда другие уже сидят по местам		
12. Привлечь внимание других или быть в центре внимания (например, на своём дне рождения)		

Ситуация	Тревога	Избегание
13. Задавать вопросы в классе		
14. Отвечать на вопросы в классе		
15. Читать вслух громко в классе		
16. Проходить тестирование		
17. Говорить «нет» другим людям, когда Вас просят сделать то, чего Вы не хотите (например, чтобы Вы дали какую-то вещь или дали посмотреть Вашу домашнюю работу)		
18. Говорить другим, что Вы не согласны с ними или что Вы разозлились на них		
19. Смотреть в глаза малознакомым людям		
20. Вернуть что-нибудь в магазине		
21. Заниматься спортом или выступать перед классом (например, делать упражнения на тренажёрах, танцевальное выступление, играть на музыкальном инструменте)		
22. Присоединиться к клубу, кружку или какой-то организации		
23. Знакомиться с новыми людьми и прохожими		
24. Попросить у учителя разрешение выйти (например, в туалет)		
Сумма по тревоге (белые и темные клеточки)		
Сумма по избеганию (белые и темные клеточки)		
Тревога + избегание социального взаимодействия (белые клеточки)		
Тревога + избегание действий в общественных местах (тёмные клеточки)		
Итого (Сумма тревоги и избегания по всем клеточкам)		

Общие показатели социальной фобии за неделю (Social Phobia Weekly Summary Rating Scale) (SPWSS).

а) Отметьте число, которое больше всего описывает насколько на прошедшей неделе социальная тревога была проблемой для Вас

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем не проблема		Немного		Определенно		Значительно		Очень сильно

б) Отметьте, как часто за прошедшую неделю Вы избегали социальных ситуаций или определенных действий в социальных ситуациях

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем нет		Редко		Иногда		Часто		Всё время

в) Отметьте, насколько за прошедшую неделю в социальных ситуациях **в целом** Ваш ум был сконцентрирован на Вас («внутренний фокус») или же на других людях и происходящем вокруг («внешний фокус»)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Полностью внешний фокус				Поровну				Полностью внутренний фокус

г) Для ситуаций на прошедшей неделе, которые были для Вас **сложными**, отметьте, насколько Ваш ум был сконцентрирован на Вас («внутренний фокус») или же на других людях и происходящем вокруг («внешний фокус»)

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Полностью внешний фокус				Поровну				Полностью внутренний фокус

е) В течение прошедшей недели, как часто Вы увлекались мыслями о том, что может пойти не так в **предстоящих** социальных ситуациях

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем нет		Редко		Иногда		Часто		Всё время

ф) В течение последней недели, как часто Вы увлекались мыслями о **прошлых** социальных взаимодействиях

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Совсем нет		Редко		Иногда		Часто		Всё время

Опросник социальных мыслей (Social Cognitions Questionnaire) - версия для подростков

Ниже приведены некоторые мысли людей, когда они нервничают или тревожатся. Слева отметьте, как часто мысль появлялась в течение недели, по шкале:

1 = никогда

2 = редко

3 = примерно в половине случаев, когда я нервничал

4 = обычно появлялась

5 = всегда появляется, когда я нервничаю

Как часто мысль появлялась? (по шкале от 1 до 5)		Насколько я доверял мысли? (по шкале от 0 до 100)
	Я буду не способен говорить	
	Я неприятен	
	Люди будут разглядывать меня	
	Я веду себя как идиот	
	Люди не захотят со мной дружить	
	Я застыну от страха	
	Я что-нибудь уроню или разолью	
	Мне станет плохо	
	Я недостаточно хорош	
	Я буду лепетать или говорить смешно	
	Я не так хорош, как другие	
	Я буду неспособен сконцентрироваться	
	Я не смогу писать правильно	

	Я неинтересен людям	
	Я не нравлюсь людям	
	Люди будут шутить надо мной	
	Я буду потеть	
	Я покраснею	
	Я странный, я отличаюсь от других	
	Люди увидят, что я нервничаю	
	Люди подумают, что я скучный	
	Я поставлю себя в неловкое положение	
	Я разозлю людей	
	Я описаюсь/ у меня будет понос	
	Ко мне будут приставать и дразнить	
	Я буду выглядеть глупо	
	Меня заставят делать что-то, что я не хочу	
	Люди будут смеяться надо мной	
	Другие Ваши типичные мысли, которых нет в списке:	
	...	
	...	
	...	

Когда Вы тревожитесь, насколько Вы верите, что эти мысли правда? Пожалуйста, **справа** от каждой мысли поставьте оценку по шкале от 0 (я совсем не верю, что это правда) до 100 (я полностью убежден, что это правда)

Опросник социального поведения (Social Behavior Questionnaire) – версия для подростков

Пожалуйста, отметьте, насколько часто Вы выполняли такие действия перед или во время социальной ситуации:

Ситуация	Никогда	Иногда	Часто	Всегда
Стараться не привлекать внимание				
Делать усилие, чтобы правильно подобрать слова				
Удостоверяться, что произвели хорошее впечатление				
Избегать контакта глаз				
Говорить меньше				
Избегать задавать вопросы				
Пытаться представить, как Вы выглядите для других				
Сильно зажимать в руках чашки или стаканы				
Располагаться так, чтобы быть незамеченным				
Пытаться контролировать дрожь				
Выбирать одежду, предотвращающую или скрывающую потение				
Надевать одежду или делать макияж, скрывающий покраснение				
Репетировать реплики в уме				
Проверять, что ты собираешься сказать				
Выпадать или выключаться ментально				
Избегать говорить о себе				
Быть тихим				
Задавать много вопросов				

Оставаться на задворках группы				
Избегать пауз в разговоре				
Прятать своё лицо				
Пытаться думать об отвлеченных вещах				
Использовать алкоголь и другие препараты для снижения тревоги				
Говорить больше				
Пытаться соответствовать и вести себя «нормально»				
Пытаться контролировать свои действия				
Пытаться произвести хорошее впечатление				
Планировать темы для разговора заранее				
Одеваться так, чтобы не выделяться				
Искать успокоения и заверения у друзей и родственников				
Позволять другим говорить за меня или делать вещи за меня				
Выглядеть занятым (проверять телефон)				
Планировать оправдания или предлоги (например, чтобы уйти)				

Опросник социальных убеждений (Social Attitudes Questionnaires) – версия для подростков

Этот опросник содержит список разных установок или убеждений, которые бывают у некоторых людей. Прочитайте внимательно каждое утверждение и отметьте, насколько Вы согласны или не согласны с каждым из них. Для каждого убеждения отметьте **X** только один ответ, который лучше всего описывает то, как Вы думаете большую часть времени. Все люди разные и здесь нет правильных и неправильных ответов.

УБЕЖДЕНИЕ	Полностью согласен	В основном согласен	Немного согласен	Нейтрален	Немного НЕ согласен	В основном НЕ согласен	Полностью НЕ согласен
Я не нуждаюсь в том, чтобы все люди меня принимали			X				
Я должен не показывать признаки слабости другим людям							
Если я сделаю ошибку в социальной ситуации, люди не захотят со мной дружить							
Если я не буду вести себя нормально, все уставятся на меня и будут думать, что я странный							
Я неприятен							
Другие люди более тревожны, чем я							
Я отличаюсь, я другой							
Другие люди лучше справляются с социальным взаимодействием, чем я							
Я должен выглядеть весёлым и умным							
Я выгляжу настолько же тревожным, насколько им себя чувствую							

Если другие думают, что я не так хорош, как они, значит это так и есть							
Я неприемлем							
Тревога не является знаком слабости							
Другие люди более организованы и способны справляться с проблемами, чем я							
Другие более приемлемы в обществе и более приятны, чем я							
Моя тревога очевидна для других людей							
Если я кому-то не нравлюсь, это моя вина							
Чтобы быть достойным человеком, мне не требуется подтверждение этого от других							
Я должен никому не показывать свою тревогу							
Люди думают, что я неинтересен							
Если другие узнают меня настоящего, я не понравлюсь им							
Если я не буду выглядеть спокойным и крутым, люди не захотят со мной дружить							
Я не так хорош, как другие							
Я уязвим							
Другие люди менее тревожны, чем я							

Люди могут видеть меня насквозь и замечают мою слабость							
---	--	--	--	--	--	--	--

Я не нуждаюсь в том, чтобы нравиться всем							
Я странный человек							
Если люди увидят, что я тревожный, они будут меня унижать							
Если я с кем-то не соглашусь, он подумает, что я глупый, или не захочет со мной дружить							
Я чудной							
Я важен для других							
Люди считают тревогу признаком слабости							
Я должен делать вещи правильно, чтобы быть принятым							
Если я не буду весёлым и интересным, я не понравлюсь людям							
Если я буду соблюдать все приличия, то всё обойдется							
Моё мнение ничего не значит							
Когда люди видят меня тревожного, они видят настоящего меня - человека второго сорта							
Я привлекателен							
Если люди заметят, что я тревожный, они подумают, что я странный							

Люди получают преимущество надо мной, если заметят признаки слабости							
Я не могу вынести, если кто-то подумает, что я не так хорош, как он							
Поскольку я тихий, люди подумают, что я скучный							
Я недостаточно хорош							
Если люди увидят, что я тревожусь, они подумают, что я слабый или второсортный							
Я интересный							
Если люди смотрят на меня, это значит, что они думают негативные вещи обо мне							
Я скучный человек							
Даже если люди видят мою тревогу, это не значит, что я хуже них							
Я всегда должен соответствовать ожиданиям других людей							
Если я совершу ошибку в социальной ситуации, люди будут смеяться надо мной или злиться на меня							
Если люди увидят, что я волнуюсь, меня заставят делать то, что я не хочу делать.							

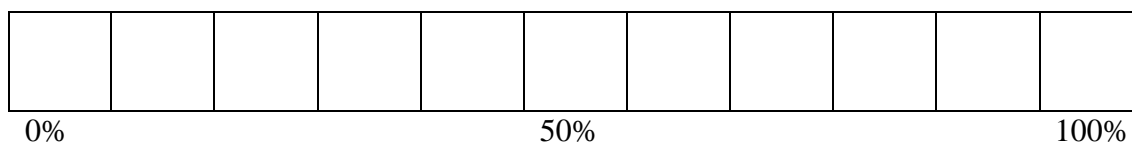
Шкала концентрации (Concentration Scale)

В течение последней недели, насколько Вы были способны сконцентрироваться на том, что говорит преподаватель, и на том, что Вы изучаете в классе?

Укажите число на шкале от 0 до 100%, где 0 = совсем не был способен концентрироваться, а 100 = полностью мог концентрироваться.

Совсем нет

Полностью



___ %

Социальное участие (Social Participation)

Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы о Вашем участии в социальных активностях в течение последнего месяца.

За последний месяц, как часто Вы...

совсем нет временами часто

1. Общались с друзьями	1	2	3	4	5	6	7
2. Посещали рабочие или школьные социальные события	1	2	3	4	5	6	7
3. Разговаривали с коллегами или товарищами по школе	1	2	3	4	5	6	7
4. Говорили, когда были в группе	1	2	3	4	5	6	7
5. Пригласили кого-то на ланч или кофе	1	2	3	4	5	6	7
6. Просили других о помощи или задавали вопросы	1	2	3	4	5	6	7
7. Начинали светский разговор	1	2	3	4	5	6	7
8. Болтали с малознакомыми людьми	1	2	3	4	5	6	7
9. Разговаривали о значимом личном опыте с другими	1	2	3	4	5	6	7
10. Посещали людные мероприятия	1	2	3	4	5	6	7
11. Принимали приглашение в какую-то социальную активность	1	2	3	4	5	6	7
12. Делились своим мнением и своими идеями с другими	1	2	3	4	5	6	7
13. Подходили к другим в социальной обстановке	1	2	3	4	5	6	7

Социальная удовлетворённость (Social Satisfaction)

Насколько Вы были удовлетворены Вашими отношениями со следующими людьми...

совсем нет отчасти очень

14. Знакомые	1	2	3	4	5	6	7
15. Коллеги / одноклассники	1	2	3	4	5	6	7
16. Друзья	1	2	3	4	5	6	7
17. Близкие друзья	1	2	3	4	5	6	7
18. Романтические партнёры	1	2	3	4	5	6	7

Приложение С. Как обрабатывать результаты.

Шкала социальной тревоги Либовица (Liebowitz Social Anxiety Scale) - Дети и подростки (LSAS-CA)

Баллы могут быть подсчитаны четырьмя способами. *Мы используем только Итоговую сумму баллов.*

Итоговая сумма получается сложением Тревоги и Избегания по 24 пунктам (всего 48 оценок). Данная итоговая сумма чаще всего используется как главная мера результата в исследованиях на взрослых и детях. Отсечка в 22,5 балла оптимальна в чувствительности и специфичности для различения людей с социальной фобией и здоровой контрольной группы, а отсечка в 29,5 баллов оптимальна для различения социальной фобии от других тревожных расстройств.

Отдельные итоги по избеганию и тревоге для 24 пунктов имеют большую корреляцию

Итоги по социальному взаимодействию (anxiety and avoidance social score) и действиям в общественных местах (anxiety and avoidance performance score) получаются суммированием тревоги и избегания в белых и темных клеточках соответственно.

Четыре отдельных итога по тревоге социального взаимодействия (social anxiety), избеганию социального взаимодействия (social avoidance), тревоге действий в общественных местах (performance anxiety) и избеганию действий в общественных местах (performance avoidance) помогают увидеть изменения в паттернах симптомов до и после терапии. Индивиды с генерализованной социальной тревогой обычно имеют высокие баллы по всем шкалам, а при более умеренном социально тревожном расстройстве обычно баллы высокие на шкалах «делать что-то перед другими»

Общие показатели социальной фобии за неделю (Social Phobia Weekly Summary Rating Scale) (SPWSS).

Этот опросник используется для дополнительного измерения социальной тревоги. Он был задуман для взрослых, но также успешно применялся у детей. Каждый пункт рассматривается отдельно, сумма или среднее значение не подсчитываются.

Опросник социальных мыслей (Social Cognitions Questionnaire) (SCQ)

Опросник состоит из 22 частых негативных автоматических мыслей, которые бывают у людей в социально тревожных ситуациях. Здесь есть две шкалы: средняя частота появления мысли (1= мысль никогда не появлялась, 5 = мысль появлялась каждый раз во время тревоги) и средняя

убежденность в мысли (0 = я совсем не верю этой мысли, 100 = я полностью убежден что эта мысль правда)

Опросник социального поведения (Social Behavior Questionnaire) (SBQ)

Опросник состоит из 29 пунктов, где отмечается, как часто человек использует то или иное охранительное поведение. Частота использования охранительного поведения оценивается по шкале от 0 (никогда) до 3 (всегда) и затем подсчитывают среднее значение

Опросник социальных убеждений (Social Attitudes Questionnaires) (SAQ)

В опроснике измеряются убеждения, связанные с социальной тревогой. Каждое убеждение оценивается по шкале от 1 (совсем не согласен) до 7 (полностью согласен). Восемь пунктов подсчитываются по перевернутой шкале. Высчитывается среднее значение.

Пункты с обратным подсчетом:

- Другие люди более тревожны, чем я
- Тревога не является знаком слабости
- Чтобы быть достойным человеком, мне не требуется подтверждение этого от других
- Я не нуждаюсь в том, чтобы нравиться всем
- Я важен для других
- Я привлекателен
- Я интересный
- Даже если люди видят мою тревогу, это не значит, что я хуже них

Шкала концентрации (Concentration Scale)

Способность к концентрации в классе и в учебных активностях оценивают по шкале от 0 (совсем нет) до 100 (полностью). Суммирование и вычисление среднего не требуется.

Опросник социального участия и удовлетворённости (Social Participation & Satisfaction Questionnaire)

В опроснике оценивают степень вовлеченности человека в социальные активности и удовлетворенность от социальных отношений. Итоговая вовлеченность и удовлетворенность высчитывается суммированием баллов в каждой шкале.

Приложение D. Рабочий лист целей

МОИ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ

Чтобы определить цели терапии, Вы можете задать себе следующие вопросы:

- Каких изменений в жизни Вы хотели бы от работы над социальной тревогой?
- Что изменится в ваших отношениях, ежедневных активностях, в школе / колледже / на работе?
- Что Вы будете делать, чего не делаете или избегаете делать в настоящее время?

Постарайтесь выставить свои цели по схеме SMART: S (small) – небольшие, M (measurable) – измеримые, A (achievable) – достижимые, R (realistic) – реалистичные, T (time-bound) – привязанные к определенному сроку.

Не расстраивайтесь, если сразу не получается придумать долгосрочные цели. Мы будем возвращаться к списку целей по ходу терапии и сможем делать изменения и добавления в списке.

Краткосрочные цели (4-6 недель)

-
-
-
-

Среднесрочные цели (до конца терапии)

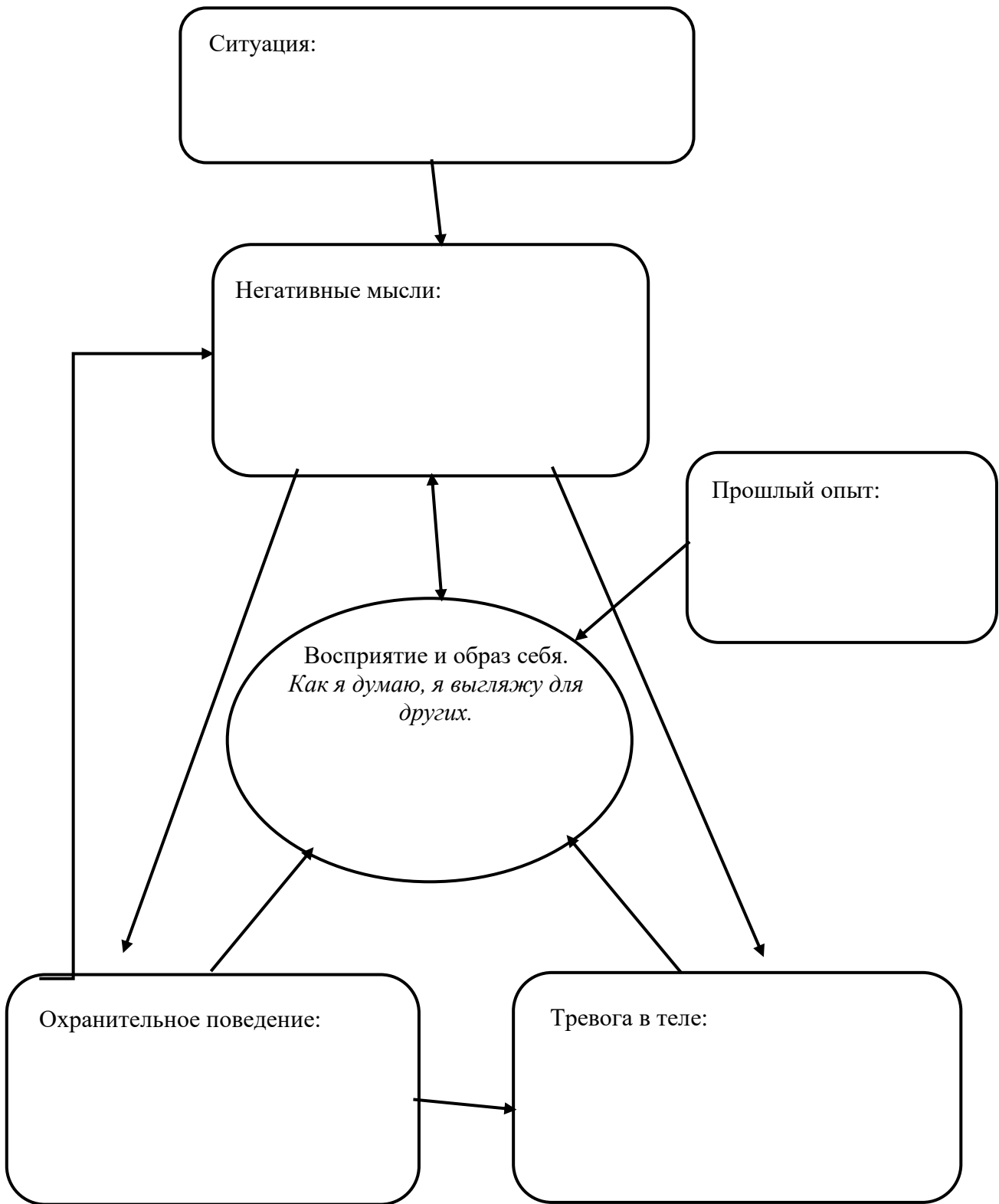
-
-
-

Долгосрочные цели (более 6 месяцев)

-
-
-

Приложение Е. Бланк модели социальной тревоги

Что поддерживает мою социальную тревогу



Приложение F. Информация для молодых людей.

Руководство по когнитивной терапии социальной тревоги

Что такое социальная тревога?

Это совершенно обычно и нормально немного нервничать или ощущать дискомфорт в некоторых социальных ситуациях. Например, многие подростки говорят, что они тревожатся, когда им надо говорить перед большой аудиторией, например, как на школьном собрании. Даже профессиональные актёры и учителя могут тревожиться в таких ситуациях.

У некоторых подростков похожая тревога и страх может возникать и в более рядовых, повседневных социальных ситуациях. Например, Вы можете тревожиться, разговаривая в группе людей, испытывать сложности с тем, чтобы есть или писать перед другими людьми, поднимать руку в классе, оставлять комментарии в соцсетях. Вы можете беспокоиться о том, что Ваша тревога станет видна по дрожанию рук, потению или покраснению. Всё это примеры социальной тревоги. Люди с социальной тревогой беспокоятся о том, что сделают что-то плохо в ситуации общения или выставят себя дураками каким-то образом.

Обычные беспокойства и ощущения тревоги

Разные подростки имеют разные беспокойства в социальных ситуациях и испытывают разные симптомы тревоги. Некоторые симптомы физические: дрожание, потение, покраснение, плач, головокружение, учащённое сердцебиение, дрожащий голос, сухость во рту. Другие симптомы могут включать сложность концентрации, неправильный подбор слов, сложность думать, пустоту в голове и так далее.

Избегание проблем

Люди с социальной тревогой как правило пытаются избегать и оставаться в стороне от социальных ситуаций. Это логично, ведь социальные ситуации вызывают тревогу и беспокойство. Может быть Вы полностью избегаете социальных ситуаций или входите в них, чувствуя при этом большие сложности. Может быть Вы замечали, что Ваша тревога провоцируется только определенными вещами, или же Вы чувствуете тревогу в самых разнообразных ситуациях.

Проблемы, которые как правило вызывает социальная тревога

Социальная тревога может вызывать проблемы дома, в школе, с друзьями, в романтических отношениях и в повседневной жизни. Например, многие подростки сообщают о следующих сложностях:

- Тревога и избегание может приводить к конфликтам с родителями. Подростки часто испытывают сложности рассказать родителям о своих социальных беспокойствах отчего родители не могут понять сложности участия детей в социальных ситуациях.
- В школе может быть трудно сконцентрироваться из-за чувства смущения и сконцентрированности на себе. Успеваемость в классе снижается, потому что подростки избегают просить о помощи и принимать участие в активностях в классе.
- Дружить может быть очень трудно. Люди очень часто избегают проводить время с другими людьми, даже если они чувствуют одиночество и хотели бы быть ближе к другим. Некоторые подростки сообщают, что их дразнят или издеваются, что делает их социальные страхи ещё хуже.
- Подростки часто начинают интересоваться романтическими отношениями, и эта тема может вызывать тревогу у всех. А для подростков с социальной тревогой она может быть особенно тяжелой.
- Повседневные активности такие, как заказ еды, проезд на общественном транспорте или покупка продуктов в магазине, могут быть непростыми для молодых людей с социальной тревогой. Многие подростки сообщают, что это очень расстраивает их, ведь они хотят быть более независимыми.

Что такое когнитивная терапия?

Как наши мысли и действия поддерживают тревогу

Мысли, которые Вы думаете, и действия, которые Вы делаете, когда испытываете тревогу в социальных ситуациях – это то, что сохраняет Ваше чувство тревоги. Вот пара примеров:

Маша

Маша замечает, что она мало говорила во время разговора в группе друзей, и у неё возникает мысль «я слишком тихая, они точно думают, что я скучная». Это делает её ещё более напряжённой и тревожной до состояния, что она чувствует себя выделяющейся и неуместной. И затем Маша говорит ещё меньше или извиняется и уходит.

Ваня

Ваня беспокоится, что он покраснеет, если учитель спросит его о чём-то в классе. Когда учитель говорит с Ваней, он начинает сильно тревожиться и пытается сконцентрироваться на своём лице, пытаясь понять, может ли он остановить покраснение. Это ещё больше увеличивает ощущение горячего лица. И тогда Ваня становится уверен, что все видят его красноту и думают, что он глупый. Он чувствует будто абсолютно все смотрят на него, но не смотрит вокруг, чтобы проверить, правда ли это (а это неправда). Ваня пропускает следующий урок на всякий случай, чтобы такое не повторилось. Так некоторые вещи, которые делает Ваня, имеют отрицательные последствия и делают проблему хуже, а он не осознает этого. Таким образом получается порочный круг, который поддерживает социальную тревогу.

Исследования показывают, что негативные мысли и определенные действия, которые люди делают в социальных ситуациях, – это ключ к пониманию тревоги. В терапии Вы с Вашим терапевтом будете работать над распознаванием ключевых мыслей и поведения, которые поддерживают проблему. Специальные техники помогут Вам выяснить насколько реалистичны Ваши мысли, понять какие действия в социальных ситуациях нужно изменить и улучшат Ваш взгляд на самих себя.

Из чего состоит когнитивная терапия?

Было показано, что когнитивная терапия эффективна для проблем с тревогой у взрослых. Это достаточно быстрое лечение – назначается всего 16 сессий за период 4 месяцев. Каждая сессия длится около часа или полутора. После завершения терапии Вы ещё встретитесь с терапевтом несколько раз в течение года. Это будет полезно для Вас и терапевта, чтобы понять какой у Вас прогресс был во время терапии и как он сохраняется или увеличивается со временем.

Создание плана сессий

В начале каждой терапевтической сессии Вы с терапевтом определяете план на эту сессию, чтобы лучше использовать ваше время. Сюда включаются обсуждение ситуаций, с которыми Вы сталкивались в течение недели, стратегии, которые Вы использовали чтобы преодолеть тревогу, и проблемы, которые остались. После определения плана вы стараетесь его придерживаться и избегаете перескакивать с одной темы на другую. Как правило Вы получите лучший результат, работая над одной темой за раз.

Самостоятельная работа (Домашняя работа)

Терапия происходит всего один час в неделю и есть очень много дел, которыми Вы захотите заняться между сессиями. Ваш терапевт попросит Вас делать домашнюю работу между сессиями для того, чтобы Вы могли выучить новые знания о тревоге и способах её преодоления. Это ускорит Ваш прогресс в обучении быть более уверенным в социальных ситуациях. Найти время для домашней практики может быть нелегко, поэтому имеет смысл выделить заранее 10-15 минут в день для того, чтобы рассмотреть какую-то задачу самостоятельной терапии и спланировать задачу на следующий день.

Будьте терапевтом самому себе

Одна из важнейших целей когнитивной терапии – это обучиться быть терапевтом самому себе. Вы научитесь распознавать и преодолевать проблемные мысли, убеждения и поведение. Это поможет Вам продолжить достигать прогресса даже после окончания терапии.

Приложение С. Информация для родителей.

Руководство для родителей по когнитивной терапии социальной тревоги

Что такое социальная тревога?

Это совершенно обычно и нормально для подростков немного нервничать или ощущать дискомфорт в некоторых социальных ситуациях. Например, многие подростки говорят, что они тревожатся, когда им надо говорить перед большой аудиторией, например, как на школьном собрании. Даже профессиональные актёры и учителя могут тревожиться в таких ситуациях.

У некоторых подростков похожая тревога и страх может возникать и в более рядовых, повседневных социальных ситуациях. Например, они могут тревожиться, разговаривая в группе людей, испытывать сложности с тем, чтобы есть или писать перед другими людьми, поднимать руку в классе, оставлять комментарии в соцсетях. Они могут беспокоиться о том, что их тревога станет видна по дрожанию рук, потению или покраснению. Всё это примеры социальной тревоги. Люди с социальной тревогой беспокоятся о том, что сделают что-то плохо в ситуации общения или выставят себя дураками каким-то образом.

1. Распространенные беспокойства и ощущения тревоги

Разные подростки имеют разные беспокойства в социальных ситуациях и испытывают разные симптомы тревоги. Некоторые симптомы физические: дрожание, потение, покраснение, плач, головокружение, учащённое сердцебиение, дрожащий голос, сухость во рту. Другие симптомы могут включать сложность концентрации, неправильный подбор слов, сложность думать, пустоту в голове и так далее.

2. Избегание проблем

Люди с социальной тревогой как правило пытаются избегать и оставаться в стороне от социальных ситуаций. Это логично, ведь социальные ситуации вызывают тревогу и беспокойство. Они могут полностью избегать социальных ситуаций или входить в них, чувствуя при этом большие сложности. Тревога может провоцироваться только определенными вещами или же появляться в самых разнообразных ситуациях.

3. Трудность выявления социальной тревоги

Часто родители не знают, что у их ребёнка социальная тревога. Это происходит из-за того, что многие подростки не рассказывают о своих беспокойствах и тревогах. Подростки как правило стыдятся своих социальных страхов.

4. Распространенные последствия социальной тревоги

Социальная тревожность может вызвать проблемы дома, в школе и с друзьями. Дома подростки могут отказываться отвечать на телефонные звонки, посещать семейные собрания или оставаться в своей спальне, когда к ним приходят гости. Иногда родителям может показаться, что их ребёнок ведет себя вызывающе, но мы знаем, что на самом деле это происходит из-за их большого стресса. Школьная жизнь также может быть проблемой. Подросткам с социальной тревожностью часто бывает трудно сосредоточиться на занятиях, из-за большой застенчивости. Подростки обычно избегают участия в занятиях, например, демонстрируя нежелание отвечать или задавать вопросы, не обращаясь за помощью или участвуя в групповых упражнениях. Иногда молодые люди чувствуют, что вообще не могут ходить в школу. Это часто сказывается на успеваемости. Родителям и учителям бывает трудно управлять этим поведением. Иногда это неправильно понимают как непослушание, в то время как на самом деле это признак интенсивной тревоги и стресса. Дружеские отношения также очень часто страдают от социальной тревожности. Подростки могут отказываться от приглашений, не отвечать на сообщения или телефонные звонки и избегать общения со сверстниками во время школьных каникул. В результате подростки с социальной тревожностью могут потерять друзей, а иногда могут стать жертвами дразнилок и издевательств. Подростки (независимо от того, испытывают ли они социальную тревогу или нет) часто неохотно говорят со своими родителями о своих дружеских отношениях, и поэтому родителям может быть трудно узнать подробности социальных отношений ребенка, в том числе то, издеваются ли над ним.

Подросткам свойственно испытывать некоторые социальные беспокойства и чувство неловкости время от времени. Они как правило недолговечны и не влияют на повседневную жизнь. Но некоторые подростки испытывают более серьезные социальные страхи, которые мешают им делать то, что им нужно или хочется. Исследования показывают, что подростки с социальным тревожным расстройством как правило не вырастают из своих страхов, и поэтому важно проводить терапию.

Что такое когнитивная терапия?

1. Как наши мысли и действия поддерживают тревогу

Мысли, которые Вы думаете, и действия, которые Вы делаете, когда испытываете тревогу в социальных ситуациях – это то, что сохраняет Ваше чувство тревоги. Вот пара примеров:

Миша замечает, что он мало говорил во время разговора в группе друзей, и у него возникает мысль «я слишком тихий, они точно думают, что я скучный». Это делает его еще более

напряженным и тревожным до состояния, что он чувствует себя выделяющимся и неуместным. И затем Миша говорит ещё меньше или извиняется и уходит.

Инна беспокоится, что она покраснеет, если учитель спросит её о чём-то в классе. Когда учитель говорит с Инной, она начинает сильно тревожиться и пытается сконцентрироваться на своём лице, пытаясь понять, может ли она остановить покраснение. Это еще больше увеличивает ощущение горячего лица. И тогда Инна становится уверена, что все видят её красноту и думают, что она глупая. Она чувствует будто абсолютно все смотрят на неё, но сама не смотрит вокруг, чтобы проверить, правда ли это (а это неправда). Инна пропускает следующий урок на всякий случай, чтобы такое не повторилось. Получается, некоторые вещи, которые делает Инна, имеют отрицательные последствия и делают проблему хуже, а она не осознает этого. Таким образом получается порочный круг, который поддерживает социальную тревогу.

Исследования показывают, что негативные мысли и определенные действия, которые люди делают в социальных ситуациях, – это ключ к пониманию тревоги. В терапии Вы с Вашим терапевтом будете работать над распознаванием ключевых мыслей и поведения, которые поддерживают проблему. Специальные техники помогут Вам выяснить насколько реалистичны Ваши мысли, понять какие действия в социальных ситуациях нужно изменить и улучшат Ваш взгляд на самих себя.

2. Из чего состоит когнитивная терапия?

Было показано, что когнитивная терапия эффективна для проблем с тревогой. Это достаточно быстрое лечение – Вашему ребёнку будет назначено 16 сессий за период 4 месяцев. Каждая сессия длится около часа или полутора. После завершения терапии Ваш ребёнок встретится с терапевтом ещё несколько раз в течение года. Это будет полезно для него и терапевта, чтобы понять какой они сделали прогресс был во время терапии и как он сохраняется или увеличивается со временем.

3. Как Вы можете помочь Вашему ребёнку в лечении?

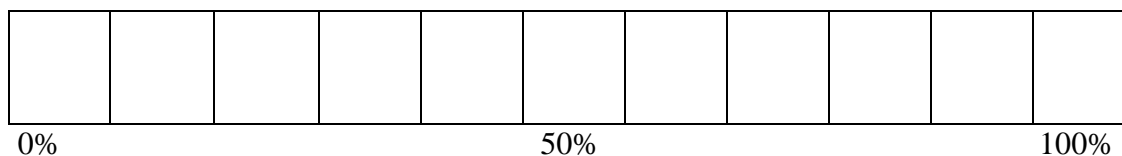
Мы просим поддерживать Вашего ребёнка во время терапии. Поддержка подразумевает: помощь ребёнку в посещении сессий регулярно и вовремя; убеждаться, что ребёнок заполняет все предложенные опросники; между сессиями поддерживать ребёнка в выполнении домашних заданий; приходить на сессии, если об этом был договор.

Приложение Н. Запись эксперимента с направленным на себя фокусом внимания и охранительным поведением.

[Нужно сделать две записи. По одной для каждой беседы]

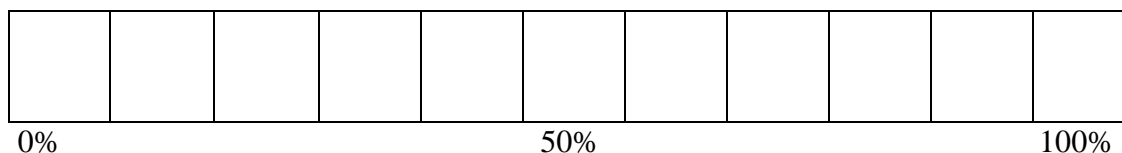
- **Насколько действительно произошло?**

Совсем нет Полностью



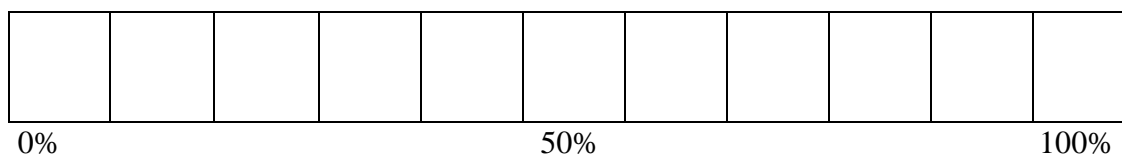
- **Насколько Вы испытывали тревогу?**

Совсем нет Полностью



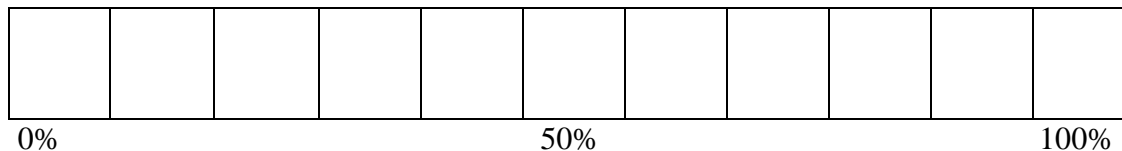
- **Насколько, как Вам кажется, Вы выглядели тревожным?**

Совсем нет Полностью



- **Как Вам кажется, насколько хорошо Вы справились?**

Совсем плохо Очень хорошо



- **Есть ли у Вас образ того, как Вы выглядели?**

Да

Нет

Приложение I. Запись эксперимента с направленным на себя фокусом внимания и охранительным поведением для помощника.

[Нужно сделать две записи. По одной для каждой беседы]

Какое у Вас сложилось общее впечатление от [имя ребёнка]?

Заметили ли Вы [наблюдаемое поведение, которое, как подросток предполагал, будет замечено, например, покраснение, невыразительное лицо, неспособность задавать вопросы]?

Если да, то что Вы об этом думаете?

Как Вы думаете, насколько [имя ребёнка] выглядел(а) [вставить конкретные страхи подростка о том, как его воспринимают другие, например, «скучный»].

Как бы Вы оценили наличие этого от 0 до 100% и почему?

Приложение J. Бланк поведенческих экспериментов

Ситуация	Предсказание Что конкретно ты думал(а) может произойти? Как бы ты об этом узнал(а)? (например, другие бы что-то сказали или сделали) Определи уровень веры в это убеждение: 0-100%	Эксперимент Как ты это проверил(а)? (помни о необходимости больше концентрироваться на том, что происходит, а не на чувствах, и отбрось охранительное поведение)	Результат На чем было сконцентрировано твое внимание? Что действительно произошло? Было ли верным твое предсказание?	Чему я научился(ась) Объективный взгляд Что я в целом узнал(а) о себе в социальном взаимодействии? Как я могу опираться на это? Оцени уровень веры в новое убеждение 0-100%

Приложение К. Программа терапии

МОЙ ОБЗОР ТЕРАПИИ

Как развивалась ваша социальная тревога?

Вы можете вспомнить, когда она началась? Происходило ли в то время что-то важное или значительное? Был какой-то последующий опыт, который усилил вашу социальную тревогу?

Что поддерживало это все?

Здесь может быть полезно упомянуть о сосредоточении на себе/самомониторинге и на любых трудностях, которые это вызвало; об охранительном поведении, которое вы использовали, и трудностях, которые оно вызвало; и о значении, которое вы придавали своим чувствам, а не поведению в текущий момент. Избегали ли вы ситуаций?

Ваши главные негативные мысли.

Подумайте: какие были самые важные негативные мысли и убеждения – и ответы на них?

Негативные мысли	Ответы на них	Подтверждение для ответов

Чему вы научились на терапии.

Подумайте: что было полезным? Что вы узнали о роли охранительного поведения? Что вы узнали о концентрации на себе и своем представлении?

Как справиться с любыми будущими неудачами.

Подумайте: Что могло бы произойти в будущем и поколебать вашу уверенность в себе? Появятся ли снова какие-то особые мысли? Вы начнете концентрироваться на себе? Может быть, вы примете то, как вы чувствуете себя, за то, каким вы кажетесь другим? Что можно сделать, если вы заметили начинающийся регресс (откат) – перечислите стратегии, которые могут помочь. Какие ключевые вещи нужно вспомнить и сделать в этот момент? Какие эксперименты помогут вам вернуться в нужное русло?

Как развивать то, чему вы научились.

Подумайте о том, что вам нужно сделать, чтобы поддерживать эти изменения и улучшения? Над чем еще предстоит поработать – здесь может быть полезен план действий. Есть ли еще проблемные области - что-то, чего вы все еще избегаете? Как вы можете сейчас “украсть всеобщее внимание”, экспериментировать с тем, чтобы быть в центре внимания – какие будущие эксперименты помогут продвинуть это? Насколько вы действительно верите своим новым мыслям и новым взглядам – есть ли еще какие-то сомнения – что вы можете сделать, чтобы устранить сомнения? Учтывая то, что вы узнали, что действительно поможет вам сохранить ваши новые убеждения в будущем?

Как ваши родители или опекуны могут помочь Вам справиться с любыми будущими неудачами? Как они могут помочь Вам продолжать улучшать состояние?

Подумайте о том, как Ваши родители помогли вам бросить вызов Вашей социальной тревожности во время лечения? О чем они говорили? Что они могут вам напомнить? Какие действия они могут предпринять, чтобы поддержать Вас? Есть ли вещи, которые им было бы полезно делать меньше или делать по-другому? Вы также можете подумать о том, как они могут помочь Вам вернуться к Вашему обзору терапии и Папке терапии.

Главные Советы

Подумайте о том, какие первые три вещи Вам нужно напомнить себе, если Вы замечаете, что чувствуете себя немного застенчивым или тревожным в социальных ситуациях. Каков ваш план действий по схеме А-В-С? Он может включать в себя следующее: чтение Обзора терапии, напоминание себе, что Ваши чувства не являются хорошим руководством к тому, какое впечатление Вы производите, а также проверку обоснованности Ваших страхов в поведенческом эксперименте.

1.

2.

3.

Приложение L. Контрольный список сессий и домашних заданий

Здесь представлен краткий перечень того, что необходимо делать в каждом сеансе. Важно, чтобы по каждому конкретному пункту Вы подробно ознакомились с тем, как это сделать согласно информации из соответствующей главе руководства. Контрольный список не является заменой детального понимания того, как реализовать эти методы в соответствии с инструкциями, указанными в каждой главе. Ссылки на страницы для каждой техники или терапевтической задачи приведены в контрольном списке, чтобы направить Вас к соответствующему разделу руководства. То, что здесь представлено, является шаблоном работы на встречах, предполагающим гибкость в применении, например, в отношении поведенческих экспериментов, поскольку некоторые из них вполне могут быть проведены на более ранних встречах. Каждый конкретный эксперимент зависит от конкретного человека.

Встречи с 1 по 4 обычно проходят по довольно предсказуемому плану. Поэтому для каждой из этих встреч существует отдельный контрольный список, включающий задачи, которые необходимо выполнить. Содержание встреч с 5 по 14 (и последующих встреч), наоборот, может значительно варьироваться в зависимости от конкретного случая. Контрольные списки для 5-14 встреч (и последующих) включают напоминания о необходимом оборудовании, вопросниках, которые должны быть заполнены и разобраны, а также список возможных компонентов лечения, которые терапевт может пожелать включить (например, поведенческие эксперименты; работа с социально травмирующими воспоминаниями). Для каждого компонента лечения существует дополнительный контрольный список с кратким описанием необходимых шагов.

[КТ-СТР-П СЕССИЯ 1: ФОРМУЛИРОВКА КЕЙСА \[ВСТРЕЧА С ПОДРОСТКОМ\]](#)

[КТ-СТР-П СЕССИЯ 2: ВНИМАНИЕ, СФОКУСИРОВАННОЕ НА САМОМ СЕБЕ, И ЭКСПЕРИМЕНТ В ОТНОШЕНИИ ОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ](#)

[КТ-СТР-П СЕССИЯ 3: ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ПО ЭКСПЕРИМЕНТУ НА ВИДЕО.](#)

[КТ-СТР-П СЕССИЯ 4: ТРЕНИНГ ВНИМАНИЯ](#)

[КТ-СТР-П СЕССИИ 5 – 14 \(+ ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ВСТРЕЧИ НА 1 И 3 МЕСЯЦЕ\)](#)

[КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПО ВИДЕО/ФОТОСЪЕМКЕ](#)

[КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ](#)

[КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО ТРАВМИРУЮЩИМИ ВОСПОМИНАНИЯМИ](#)

[КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ РАБОТЫ С БЕСПОКОЙСТВОМ И РУМИНАЦИЯМИ](#)

[КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТЫ С ОТНОШЕНИЯМИ СО СВЕРСТНИКАМИ, ВИКТИМИЗАЦИЕЙ И БУЛЛИНГОМ](#)

[КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ И ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРАПИИ](#)

[КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СЕССИЙ С РОДИТЕЛЯМИ](#)

КТ-СТР-П СЕССИЯ 1: ФОРМУЛИРОВКА КЕЙСА [ВСТРЕЧА С ПОДРОСТКОМ]

См. [Глава 4](#) руководства КТ-СТР-П

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
<ul style="list-style-type: none"> - Запасной комплект сессионных опросников - Видеокамера - Белая доска и фломастеры - Бланки Персонализированной версии когнитивной модели - Пустая папка терапии

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО ?
Проверьте данные опросников перед собеседованием (список):	
LSAS-CA Шкала Лейбовица для оценки социальной тревоги у детей	
SPWSS – Сводная шкала социофобии за неделю	
SCQ – Опросник по социальным когнициям	
SBQ – Опросник по социальному поведению	
SAQ – Опросник по социальным отношениям	
Social participation & satisfaction Scale – Шкала соц. участия и удовлетворенности	
Concentration - Концентрация	
RCADS –Шкала тревожности и депрессии у детей (пересмотр)	
Заполните проект когнитивной модели с использованием ответов из анкет	
Оценка текущей проблемы социальной тревожности:	
Ситуативная тревожность	
<i>Страх/Избегание ситуаций</i>	
<i>Мысли</i>	
<i>Ощущения</i>	
<i>Концентрация внимания</i>	
<i>Самооценка/впечатление</i>	
<i>Охранительное поведение</i>	
<i>Беспокойство и руминации</i>	

Социальные контакты (круг общения), виктимизация со стороны сверстников	
Ситуация со школой (посещаемость: %, успеваемость)	
Семейная структура и взаимоотношения	
Медикаментозное лечение, употребление алкоголя и наркотиков	
Проблемные социальные убеждения	
Развитие и ход проблемы	
Предыдущее лечение	
Убеждения о том, что можно изменить	
Цели лечения	
Разработать индивидуальный вариант модели	
Домашнее задание для сессии 1:	
Важно: разработать и закрепить схему на неделю	
Дополнительные домашние задания? Детализируйте	

КТ-СТР-П СЕССИЯ 1 Продолжение [ВСТРЕЧА С РОДИТЕЛЯМИ (если они присутствуют)] См. [Глава 4](#) руководства КТ-СТР-П

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Привлеките Родителей	
Получите дополнительную информацию о текущей проблеме социальной тревожности	
Предоставьте информацию о социальной тревожности	
Оцените структуру семьи и взаимоотношения с ней	
Оцените бесполезные родительские убеждений и поведения, включая родительскую тревогу	
Дайте обоснование и обзор лечения	

КТ-СТР-П СЕССИЯ 2: КОНЦЕНТРАЦИЯ ВНИМАНИЯ НА СЕБЕ И ЭКСПЕРИМЕНТ В ОТНОШЕНИИ ОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

См. [Глава 5](#) руководства КТ-СТР-П

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
<ul style="list-style-type: none"> - Заранее подобрать помощника, который присоединится к сессии - Запасной комплект сессионных опросников - Видеокамера; - Материалы, которые будут использоваться в качестве объективных показателей тревожных симптомов страха (например, цветовая диаграмма, если имеет место боязнь покраснеть) - Рейтинговые формы для подростка для беседы 1 и 2 (бланк) - Формы обратной связи для помощника для бесед 1 и 2 (бланк) - Белая доска и фломастеры

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Проверьте данные опросников:	
LSAS-CA - Шкала Лейбовица для оценки социальной тревоги у детей	
SPWSS - Сводная шкала социофобии за неделю	
SCQ - Опросник по социальным мыслям	
Concentration - Концентрация	
Проверьте домашнее задание с Сессии 1	
Важно: просмотрите схему и любые дополнения/уточнения	
Дополнительные домашние задания?	
Подготовьте обоснование поведенческого эксперимента	
Определите подходящий вариант социального взаимодействия	
Сделайте прогнозы и рейтинги вместе с подростком	
Проинструктируйте подростка и помощника по Беседе 1	
Беседа 1	
Запросите у подростка оценку (с формой) и впечатления от Беседы 1	
Проинструктируйте подростка и помощника по Беседе 2	

Беседа 2	
Запросите у подростка оценку (с формой) и впечатления от Беседы 2	
Дайте помощнику формы обратной связи по Беседам 1 и 2, которые будут проведены позже	
Сравните оценки Беседы 1 и 2 и сделайте выводы вместе с подростком	
Если у вас достаточно времени, проведите поведенческий эксперимент "Пристальный взгляд". Если не успеваете, запланируйте его на следующей сессии. При необходимости его следует проводить на ранних этапах терапии.	
Домашнее задание по Сессии 2	
Важно: практиковать переход к внешнему, не оценивающему, фокусу внимания и отказ от своего охранительного поведения со сверстниками и другими людьми.	
Дополнительные домашние задания? Определите. Если во время сеанса был проведен поведенческий эксперимент "пристальный взгляд", то попросите молодого человека повторить его в течение недели и записать то, что он узнал.	

КТ-СТР-П СЕССИЯ 3: ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ ПО ЭКСПЕРИМЕНТУ НА ВИДЕО.

См. [Главу 6](#) руководства КТ-СТР-П

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
- Запасной комплект сессионных опросников; - Видеокамера; - Белая доска и фломастеры.

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Проверьте данные опросников:	
LSAS-CA - Шкала Лейбовица для оценки социальной тревоги у детей	
SPWSS - Сводная шкала социофобии за неделю	
SCQ - Опросник по социальным мыслям	
Concentration - Концентрация	
Проверьте домашнее задание с Сессии 2	
Важно: просмотрите модель и любые дополнения/уточнения	
Дополнительные домашние задания? Определите. Обсудите поведенческий эксперимент "Пристальный взгляд", если был он проведен во время Сессии 2	
Выясните предсказания перед просмотром (с % веры)	
Настройтесь на неподвзятый режим восприятия	
Посмотрите видео	
Сравните уровень веры до и после просмотра видео	
Обсудите обратную связь от помощника (если применимо/нужно)	
Домашнее задание по Сессии 3	
Важно: 1. Практиковать переход к внешнему, не оценивающему фокусу внимания и отказ от своего охранительного поведения со сверстниками и другими людьми. 2. Попросите подростка принести на следующую сессию музыку и книги, которые ему нравятся	
Дополнительные домашние задания? Определите.	

КТ-СТР-П СЕССИЯ 4: ТРЕНИНГ ВНИМАНИЯ

См. [Главу 7](#) руководства КТ-СТР-П

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
<ul style="list-style-type: none"> - Запасной комплект сессионных опросников - Музыкальное устройство - Книга - Видеокамера - Белая доска и фломастеры

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Проверьте данные опросников:	
LSAS-CA - Шкала Лейбовица для оценки соц. тревоги у детей	
SPWSS - Сводная шкала социофобии за неделю	
SCQ - Опросник по социальным мыслям	
Concentration - Концентрация	
Проверьте домашнее задание с Сессии 3	
Важно: просмотрите модель и любые дополнения/уточнения	
Дополнительные домашние задания? Определите. Обсудите поведенческий эксперимент "Пристальный взгляд", если он был проведен на Сессии 3.	
Дайте обоснование тренинга	
Шаг 1: звуки (с закрытыми глазами)	
Шаг 2: цвета	
Шаг 3: Оттенки/отражения или текстуры	
Шаг 4: Музыка	
Шаг 5: Чтение терапевтом	
<i>Предлагается приведенный выше порядок, но он может варьироваться в зависимости от конкретного случая, окружающих стимулов и т. д.</i>	
Обязательное домашнее задание для сессии 4:	
<i>В одиночестве:</i> 15 мин/день упражнения на внимание <i>Когда с другими:</i> попросите подростка вступать в разговор и социальное взаимодействие, а не сосредотачиваться на том, какое впечатление он производит. Делать записи.	
Дополнительные домашние задания? Определите.	

КТ-СТР-П СЕССИИ 5 – 14 (+ поддерживающие встречи на 1 и 3 месяце)

НОМЕР ВСТРЕЧИ:

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
<ul style="list-style-type: none"> - Запасной комплект сессионных вопросников - Видеокамера - Белая доска и фломастеры

ЗАДАЧА		ВЫПОЛНЕНО?
Проверьте данные опросников:	Когда?	
LSAS-CA – Шкала Лейбовица для оценки социальной тревоги у детей	Каждую сессию	
SPWSS – Сводная шкала социофобии		
SCQ – Опросник по социальным мыслям		
Concentration – Концентрация		
SBQ – Опросник по социальному поведению	Сессии 1, 7, 14; Поддерживающие встречи на 1 и 3 месяце	
SAQ – Опросник по социальным отношениям		
Social participation & satisfaction Scale – Шкала соц. участия и удовлетворенности		
RCADS – Шкала тревожности и депрессии		
Короткая проверка домашнего задания с прошлой встречи		
Содержание сеанса (отметьте все использованные методы):		ВЫБЕРИТЕ:
Определение мишеней работы на сессии: целевые убеждения; ситуации; изменение внимания и т. д.		
Обратная связь на видео		
Поведенческие эксперименты		
Опросы		
Работа с социально травмирующими воспоминаниями		
Целенаправленная работа с беспокойством и руминациями		
Отношения со сверстниками, буллинг и виктимизация		
Профилактика рецидивов		
Другое? Укажите.		
Домашнее задание после сессии. Определите		

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ ПО ВИДЕО/ФОТОСЪЕМКЕ

См. [Главу 6](#) руководства КТ-СТР-II

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
- Видеокамера

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Выясните предсказания перед просмотром (с % веры)	
Настройтесь на непредвзятый режим восприятия	
Просмотр видео	
Сравнение уровень веры до и после просмотра видео	
Обсудите возможность фиксации момента отсутствия подтверждений	
Обсудите возможность сохранения фотографии на флэш-карте / на телефоне подростка	
Помогите подростку пересказать, как он выглядел на видеозаписи	

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ

См. [Главу 8](#) руководства КТ-СТР-II

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
- Бланк поведенческого эксперимента

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Определите ключевые страхи	
Определите ситуацию для эксперимента [внесите в бланк]	
Выясните предсказание [с % веры, внесите в бланк]	
План эксперимента [внесите в бланк]	
Завершите эксперимент [при этом отказавшись от охранительного поведения и переключения внимания вовне];	
Оцените результат [переоценка веры в первоначальное убеждение в %] [внесите в бланк]	
Обдумайте чему научил эксперимент и как этот можно использовать в будущем [определите новое убеждение и веру в него в %][внесите в бланк]	
Домашнее задание после занятий, включая поведенческие эксперименты:	
Важно: планируйте дальнейшие эксперименты, основываясь на том, что было изучено. Заполните первые три столбца бланка с молодым человеком (столбцы "ситуация", "предсказание", "эксперимент").	

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТЫ С СОЦИАЛЬНО ТРАВМИРУЮЩИМИ ВОСПОМИНАНИЯМИ

См. [Главу 9](#) руководства КТ-СТР-II

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
- Ничего дополнительного

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Обучение видению различий	
Рескриптинг в воображении	

Обучение видению различий

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Определите негативный образ, убеждение и связанное с ним социально травмирующее воспоминание	
Выявите различия между "тогда" и "сейчас"	
Объясните, как разорвать связь между "тогда" и "сейчас"	
Практикуйте разрыв связи in vivo	
Домашнее задание после занятий, включая обучение видению различий:	
Важно: практикуйте "разрыв связи"	

Рескриптинг в воображении

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Определите негативный образ, убеждение и связанное с ним социально травмирующее воспоминание	
Когнитивная реструктуризация (с % веры в убеждение)	
Рескриптинг в воображении	
Шаг 1: Пациент переживает событие с того возраста, в котором оно произошло	
Шаг 2: Пациент переживает это событие из точки своего нынешнего (более старшего) возраста, наблюдая за тем, что происходит с его "Я" в более раннем возрасте.	

<p>Шаг 3: Пациент снова переживает событие из того возраста, в котором оно произошло. На этот раз его более взрослое "Я" находится вместе с ним, и оно может вмешаться, предложить новую информацию и занять поддерживающую (сопереживающую) позицию по отношению к более младшему "Я".</p>	
---	--

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОЙ РАБОТЫ С БЕСПОКОЙСТВОМ И РУМИНАЦИЯМИ

См. [Главу 10](#) руководства КТ-СТР-II

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
- Ничего дополнительного

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Описание того, что такое беспокойство/руминация (подумайте о создании ментальной карты)	
Наметьте преимущества и недостатки беспокойства/руминаций	
Объясните шаги, чтобы заметить и остановить процесс	
Шаг 1. Дайте обоснование необходимости замечать беспокойство/руминации и рассмотрите важность практики (обсудите необходимость создания дневника в качестве домашнего задания)	
Шаг 2. Вспомните о недостатках. Планируйте с подростком, как он будет делать это в данный момент (подумайте о создании копинг-карты в телефоне или на бумаге)	
Шаг 3. Преобразуйте беспокойство/руминации в проверяемые прогнозы (практикуйте это на сеансе с обычными беспокойствами/руминациями)	
Шаг 4. «Отложи беспокойство в сторону и отвлекись» (планируйте эффективные методы переключения внимания)	
Домашнее задание после сеансов, включая работу с беспокойством/руминациями:	
Дневник беспокойства/руминаций	
Постановка поведенческих экспериментов и их запись	
Фиксирование эффективных методов отвлечения внимания	

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ РАБОТЫ С ОТНОШЕНИЯМИ СО СВЕРСТНИКАМИ, ВИКТИМИЗАЦИЕЙ И БУЛЛИНГОМ

См. [Главу 12](#) руководства КТ-СТР-II

ЗАДАЧА	ВЫБЕРИТЕ:
Сокращение существующего буллинга и виктимизации со стороны сверстников	
Определение проблем в восприятии и поведении в ответ на действия сверстников	
Романтические переживания	

СУЩЕСТВУЮЩИЙ БУЛЛИНГ И ВИКТИМИЗАЦИЯ СО СТОРОНЫ СВЕРСТНИКОВ

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО? Периодичность ?
Контакт со школой/колледжем	
Контакт с родителями	
Совместные встречи с педагогами и родителями	
Содержание:	ВЫБЕРИТЕ:
Информирование	
Согласование плана борьбы с буллингом	
Мониторинг, корректировка и проверка плана	

ВОСПРИЯТИЕ И ПОВЕДЕНИЕ В ОТВЕТ НА ДЕЙСТВИЯ СВЕРСТНИКОВ

ЗАДАЧА	ВЫБЕРИТЕ:
Восприятие / неверное восприятие Содержание	
Определите альтернативные объяснения поведения сверстников	
Ролевая игра	
Поведенческие эксперименты	
Заискивание перед друзьями Содержание	

Определите неблагоприятные последствия такого поведения	
Помогите подростку узнать, что индивидуальность нравится другим	
Ролевая игра	
Поведенческие эксперименты	
«Мотыльки, летящие на огонь»: Содержание	
Определить поведение как реакцию на негативные социальные убеждения	
Помогите подростку определить, что важно в друзьях, и сравнить это с существующей группой сверстников	
Поддержите приобщение к новым группам друзей (это может включать вступление в клубы и т.д)	
Поведенческие эксперименты	
Дисфункциональное охранительное поведение Содержание	
Определите неблагоприятные последствия такого поведения	
Ролевая игра	
Поведенческие эксперименты (определите группу сверстников, с которыми они будут проводиться)	
Низкая самооценка Содержание	ВЫБЕРИТЕ:
Оспорьте идею о том, что обидчики определяют чью-либо ценность (задействуйте мнение 3-го лица; определите другие источники информации о собственной ценности)	
Метафора предубеждения	
Дневник позитивных данных	
Поведенческие эксперименты	
Ассертивная самозащита	

РОМАНТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО?
Оценка (с учетом чувствительности)	
Нормализация	
Содержание:	ВЫБЕРИТЕ:
Опросы	
Поведенческие эксперименты	
Обратная связь по видео	
Ролевая игра	
Работа по модели «Мотыльки, летящие на огонь»	
Работа с низкой самооценкой	

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЦИДИВОВ И ЗАВЕРШЕНИЯ ТЕРАПИИ

См. [Главу 13](#) руководства КТ-СТР-II

Первая сессия по профилактике рецидивов (обычно сессия 13)

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
- Бланк Программы терапии

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО
Ознакомить с принципами профилактики рецидивов	
Работа по ключевым направлениям профилактики рецидивов	
Основные проблемы, которые имелись в начале лечения	
Что поддерживало трудности (т. е. факторы в когнитивной модели)	
Каковы ключевые негативные социальные мысли (и реакция на них)	
Чему научились в терапии	
Какой прогресс был достигнут в терапии	
Ожидаемые проблемы и планы по их преодолению	
Цели на будущее	
Совет другому подростку с социальной тревожностью	
Составьте письменный план терапии	
Домашнее задание после сеанса профилактики рецидивов	
Заполнить Программу терапии	

Вторая сессия профилактики рецидивов (обычно сессия 14)

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО
Просмотрите и заполните письменную Программу терапии	
Подросток делится Программой терапии с родителями	

Последующие сессии (месяцы 1, 3, 6)

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО
Обзор достижений в работе с социальной тревожностью	ВЫБЕРИТЕ
Выявление и анализ трудностей Содержание:	
Разработка схемы текущих трудностей с использованием когнитивной модели	
Обратная связь по видео	
Поведенческие эксперименты	
Опросы	
Работа с социально травмирующими воспоминаниями	
Целенаправленная работа с беспокойством и руминациями	
Работа с отношениями со сверстниками, виктимизацией и буллингом	
Иное? Определите	

Завершение терапии

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО
Письмо о терапии (для отправки после терапии)	

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ ДЛЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ СЕССИЙ С РОДИТЕЛЯМИ

См. [Главу 11](#) руководства КТ-СТР-II

Общее количество дополнительных родительских сессий:

Даты проведения дополнительных родительских сессий:

МАТЕРИАЛЫ, КОТОРЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ПОДГОТОВЛЕНЫ ЗАРАНЕЕ
- Бланк поведенческого эксперимента - Соответствующие психообразовательные материалы/ссылки

ЗАДАЧА	ВЫПОЛНЕНО
Определите поведение и лежащие в его основе убеждения вместе с родителями	
Выработайте общее понимание того, как эти убеждения и поведение могут повлиять на социальную тревожность их ребенка: проанализируйте желательные и нежелательные последствия	
Спланируйте поведенческие эксперименты для проверки страхов	
Другие методы, которые могут быть использованы:	ВЫБЕРИТЕ
Информирование	
Опрос	
Ролевая игра	
Моделирование	
Домашнее задание после занятий, включая работу родителей:	
Важно: обсудите поведенческие эксперименты	

ИСТОЧНИКИ

Acquah, E. O., Topalli, P.-Z., Wilson, M. L., Junttila, N., & Niemi, P. M. (2015). Adolescent loneliness and social anxiety as predictors of bullying victimisation. *International Journal of Adolescence and Youth*, 1-12. doi: 10.1080/02673843.2015.1083449

Alden, L. E., & Taylor, C. T. *Interpersonal Outcome Scales*. University of British Columbia.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, DSM-IV*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anderson, E. R., & Hope, D. A. (2009). The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 18-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.011>

Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5, 237-249.

Angold, A., Prendergast, M., Cox, A., Harrington, R., Simonoff, E., & Rutter, M. (1995). The child and adolescent psychiatric assessment (CAPA). *Psychological medicine*, 25(04), 739-753.

Arntz, A., & Weertman, A. (1999). Treatment of childhood memories: theory and practice. *Behaviour Research & Therapy*, 37(8), 715-740. doi: 10.1080/02673843.2015.1083449

Association, A. P. (1980). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders (3rd edition)*. Washington DC.

Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Fehm, L., Höfler, M., Lieb, R., Hofmann, S. G., & Wittchen, H. U. (2012). The natural course of social anxiety disorder among adolescents and young adults. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126(6), 411-425. doi: 10.1111/j.1600-0447.2012.01886.x

Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: The Social Phobia and Anxiety Inventory for Children. *Psychological assessment*, 7(1), 73. doi: 10.1037/1040-3590.7.1.73

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder*. Washington DC, USA: American Psychological Association.

Birmaher, B., Brent, D. A., Chiappetta, L., Bridge, J., Monga, S., & Baugher, M. (1999). Psychometric properties of the Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED): A replication study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1230-1236. doi: 10.1097/00004583-199910000-00011

Black, B., & Uhde, T. W. (1992). Elective mutism as a variant of social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1090-1094. doi: 10.1097/00004583-199211000-00015

Blöte, A. W., Miers, A. C., Heyne, D. A., Clark, D. M., & Westenberg, P. M. (2014). The Relation Between Social Anxiety and Audience Perception: Examining Clark and Wells' (1995) Model Among Adolescents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 42(5), 555-567. doi: 10.1017/s1352465813000271

Bögels, S. M., van Oosten, A., Muris, P., & Smulders, D. (2001). Familial correlates of social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 39(3), 273-287. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00060-2

Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834-856. doi: 10.1016/j.cpr.2005.08.001

Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., . . . Keller, M. B. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1179-1187. doi: 10.1176/appi.ajp.162.6.1179

Burstein, M., He, J. P., Kattan, G., Albano, A. M., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2011). Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(9), 870-880. doi: 10.1016/j.jaac.2011.06.005

Butler, G. (2009). *Overcoming Social Anxiety and Shyness: A Self-help Guide Using Cognitive Behavioral Techniques*. London, UK.: Robinson.

Cain, S. (2012). *Quiet: The power of introverts in a world that can't stop talking*. New York: Crown Publishers.

Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: social skills deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 131-141.

Chorpita, B. F., Yim, L., Moffitt, C., Umemoto, L. A., & Francis, S. E. (2000). Assessment of symptoms of DSM-IV anxiety and depression in children: A revised child anxiety and depression scale. *Behaviour research and therapy*, 38(8), 835-855. doi: 10.1016/j.brat.2004.02.004

Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In G. Heimberg, M. R. M. R. Liebowitz, D. Hope & F. Scheier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: The Guilford Press.

Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In R. Crozier & L. E. Alden (Eds.), *Handbook of Social Anxiety: Concepts Relating to the Self and Shyness* (pp. 48-97). Chichester: John Wiley & Sons.

Clark, D. M. (2003). *Social anxiety process measures*.

Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., . . . Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: a randomized placebo-controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(6), 1058-1067. doi: 10.1037/0022-006x.71.6.1058

Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... , & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 568.

Clark, D. M., Wild, J., Grey, J., Stott, R., Liness, S., Deale, A., . . . A, E. (submitted). Doubling the clinical benefit of each hour of psychotherapy: a randomized controlled trial of self-study assisted cognitive therapy for social anxiety disorder.

Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(6), 893.

Connor, K. M., Davidson, J., Churchill, R. T., Erik, L., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386. doi: 10.1192/bjp.176.4.379

Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8), 837-844. doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837.

Costello, E. J., He, J.-P., Sampson, N. A., Kessler, R. C., & Merikangas, K. R. (2014). Services for adolescent psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. *Psychiatric services*, 65(3), 359-366. doi: 10.1176/appi.ps.201100518

Crone, E. A., & Dahl, R. E. (2012). Understanding adolescence as a period of social[1] affective engagement and goal flexibility. *Nat Rev Neurosci*, 13(9), 636-650. doi: 10.1038/nrn3313

De Los Reyes, A., & Prinstein, M. J (2004). Applying depression-distortion hypotheses to the assessment of peer victimization in adolescents. *Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(2), 325-335.

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-345. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)

Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: development and evaluation. *Behaviour research and therapy*, 43(4), 413-431. doi: 10.1016/j.brat.2004.03.006

Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marx, B. P., & Franklin, M. E. (2006). Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 896-914. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.05.006

Feehan, M., McGee, R., Raja, S. N., & Williams, S. M. (1994). DSM-III-R disorders in New Zealand 18-year-olds. *Australasian Psychiatry*, 28(1), 87-99.

Festa, C. C., & Ginsburg, G. S. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(3), 291-306. doi: 10.1007/s10578-011-0215-8

Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). The British child and adolescent mental health survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 42(10), 1203-1211.

Gardner, M., & Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk taking, risk preference, and risky decision making in adolescence and adulthood: an experimental study. *Developmental Psychology*, 41(4), 625-635. doi: 10.1037/0012-1649.41.4.625

Goodman, R., Ford, T., Richards, H., Gatward, R., & Meltzer, H. (2000). The Development and Well-Being Assessment: description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(05), 645-655. doi: 10.1111/j.1469-7610.2000.tb02345.x

Greco, L. A., & Morris, T. L. (2002). Paternal child-rearing style and child social anxiety: Investigation of child perceptions and actual father behavior. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(4), 259-267. doi: 10.1023/A:1020779000183

Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research & Therapy*, 38(6), 601-610. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00161-8

Haller, S. P. W., Cohen Kadosh, K., Scerif, G., & Lau, J. Y. F. (2015). Social anxiety disorder in adolescence: How developmental cognitive neuroscience findings may shape understanding and interventions for psychopathology. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 13, 11-20. doi: 10.1016/j.dcn.2015.02.002

Hedman, E., Mörtberg, E., Hesser, H., Clark, D. M., Lekander, M., Andersson, E., & Ljótsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 696-705. doi: 10.1016/j.brat.2013.07.006

Heimberg, R. G., Stein, M. B., Hiripi, E., & Kessler, R. C. (2000). Trends in the prevalence of social phobia in the United States: a synthetic cohort analysis of changes over four decades. *European Psychiatry*, 15(1), 29-37.

Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives* (Vol. 2, pp. 395-422). Massachusetts, USA: Academic Press.

Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behaviour research and therapy*, 41(2), 209-221. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00003-7

Higa, C. K., & Daleiden, E. L. (2008). Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 441-452. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.05.005

Hirsch, C., Meynen, T., & Clark, D. (2004). Negative self-imagery in social anxiety contaminates social interactions. *Memory*, 12(4), 496-506. doi: 10.1080/09658210444000106

Hodson, K. J., McManus, F. V., Clark, D. M., & Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) Cognitive Model of Social Phobia be Applied to Young People? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(Special Issue 04), 449-461. doi: 10.1017/S1352465808004487

Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209. doi: 10.1080/16506070701421313

In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(1), 15-24. doi: 10.1159/000096361

Inderbitzen, H. M., Walters, K. S., & Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among sociometric status groups and rejected subgroups. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 338-348.

Ingul, J. M., Aune, T., & Nordahl, H. M. (2014). A randomized controlled trial of individual cognitive therapy, group cognitive behaviour therapy and attentional placebo for adolescent social phobia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 54-61.

Kashdan, T. B., & Herbert, J. D. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 37-61. doi: 10.1023/A:1009576610507

Katzelnick, D. J., & Greist, J. H. (2001). Social anxiety disorder: An unrecognized problem in primary care. *Journal of Clinical Psychiatry*.

Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. doi: 10.1097/00004583-199707000-00021

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

Kley, H., Tuschen-Caffier, B., & Heinrichs, N. (2012). Safety behaviors, self-focused attention and negative thinking in children with social anxiety disorder, socially anxious and non-anxious children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(1), 548-555. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.07.008

Knappe, S., Lieb, R., Beesdo, K., Fehm, L., Low, N. C. P., Gloster, A. T., & Wittchen, H. U. (2009). The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and Anxiety*, 26(4), 363-370. doi: 10.1002/da.20527

La Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social anxiety scale for children-revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 22(1), 17-27. doi: 10.1207/s15374424jccp2201_2

La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of abnormal child psychology*, 26(2), 83-94. doi: 10.1023/A:1022684520514

La Greca, A. M., Davila, J., & Siegel, R. (2008). Peer relations, friendships, and romantic relationships: Implications for the development and maintenance of depression in adolescents. *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders*, 318-336.

La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2005). Adolescent peer relations, friendships, and romantic relationships: Do they predict social anxiety and depression? *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 49-61.

Leichsenring, F., Salzer, S., Beutel, M. E., Herpertz, S., Hiller, W., Hoyer, J., . . . , & Leibling, E. (2013). Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 170(7), 759-767. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12081125

Leigh, E., & Clark, D. M. (2015). Measure of concentration. Unpublished.

Leigh, E., & Clark, D. M. (2016). Cognitive Therapy for Social Anxiety Disorder in Adolescents: A Development Case Series. *Behav Cogn Psychother*, 44(1), 1-17. doi: 10.1017/s1352465815000715

Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, 57(9), 859-866.

Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.

Manassis, K., Fung, D., Tannock, R., Sloman, L., Fiksenbaum, L., & McInnes, A. (2003). Characterizing selective mutism: Is it more than social anxiety? *Depression and Anxiety*, 18(3), 153-161.

Manassis, K., Tannock, R., Garland, E. J., Minde, K., McInnes, A., & Clark, S. (2007). The sounds of silence: Language, cognition, and anxiety in selective mutism. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(9), 1187-1195. doi: 10.1097/CHI.0b013e318076b7ab

Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Barrett, P. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(6), 1163. doi: 10.1037/a0036969

March, J. S. (1997). *Multidimensional Anxiety Scale for Children: Technical manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.

Marks, I. M., & Gelder, M. G. (1965). A controlled retrospective study of behaviour therapy in phobic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 111, 561-573. doi: 10.1192/bjp.111.476.561

Masia-Warner, C., Klein, R. G., Storch, E. A., & Corda, B. (2001). School-based behavioral treatment for social anxiety disorder in adolescents: results of a pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 780-786. doi: 10.1097/00004583-200107000-00012

Masia-Warner, C., Storch, E. A., Pincus, D. B., Klein, R. G., Heimberg, R. G., & Liebowitz, M. R. (2003). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An Initial Psychometric Investigation. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1076-1084. doi: 10.1097/01.CHI.0000070249.24125.89

Mathew, S. J., Coplan, J. D., & Gorman, J. M. (2001). Neurobiological mechanisms of social anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1558-1567. doi: 10.1176/appi.ajp.158.10.1558

Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D.M., Ades, A., and Pilling S. . (2014). Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 1, 368-376.

McManus, F., Sacadura, C., & Clark, D. M. (2008). Why social anxiety persists: An experimental investigation of the role of safety behaviours as a maintaining factor. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 147-161. doi: 10.1016/j.jbtep.2006.12.002

McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., . . . Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 496-503. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.10.010

Melfsen, S., Kühnemund, M., Schwieger, J., Warnke, A., Stadler, C., Poustka, F., & Stangier, U. (2011). Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: a randomised wait-list control study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 5(5). doi: 10.1186/1753-2000-5-5

Merikangas, K. R., Lieb, R., Wittchen, H. U., & Avenevoli, S. (2003). Family and high[1]risk studies of social anxiety disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement*, 108(417), 28-37. doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s417.5.x

Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7-20.

Merikangas, K. R., He, J.-p., Burstein, M., Swanson, S. A., Avenevoli, S., Cui, L., . . . Swendsen, J. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(10), 980-989.

Miers, A. C., Blote, A. W., Bogels, S. M., & Westenberg, P. M. (2008). Interpretation bias and social anxiety in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1462-1471. doi: 10.1016/j.janxdis.2008.02.010

Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö., & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. . *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142-154.

Mörtberg, E., Hoffart, A., Boecking, B., & Clark, D. M. (2015). Shifting the focus of one's attention mediates improvement in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 43(1), 63-73. doi: 10.1017/S1352465813000738

Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61(6), 577-584. doi: 10.1001/archpsyc.61.6.577.

National Institute for Health and Care Excellence. (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder. (Clinical guideline 159).

National Institute for Health and Care Excellence. (2015). Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care.

Olivares, J., Sánchez-García, R., & López-Pina, J. A. (2009). The Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents. *Psicothema*, 21(3), 486-491.

Padesky, C. A. (1993). Schema as self-prejudice. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 5/6(16-17).

Padesky, C. A. (1997). A more effective treatment focus for social phobia. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 11(1), 1-3.

Parr, C. J., & Cartwright-Hatton, S. (2009). Social Anxiety in Adolescents: The Effect of Video Feedback on Anxiety and the Self-Evaluation of Performance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(1), 46-54. doi: 10.1002/cpp.599

Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early[1]adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(1), 56-64. doi: 10.1001/archpsyc.55.1.56

Plasencia, M. L., Alden, L. E., & Taylor, C. T. (2011). Differential effects of safety behaviour subtypes in social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 49(10), 665-675. doi: 10.1001/archpsyc.55.1.56

Ranta, K., Tuomisto, M. T., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2014). Cognition, Imagery and Coping among Adolescents with Social Anxiety and Phobia: Testing the Clark and Wells Model in the Population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21(3), 252-263. doi: 10.1002/cpp.1833

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756. doi: 10.1016/S0005-7967(97)00022-3

Reich, J., Goldenberg, I., Goisman, R., Vasile, R., & Keller, M. (1994). A prospective, follow-along study of the course of social phobia: II. Testing for basic predictors of course. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(5), 297-301. doi: 10.1097/00005053-199405000-00008

Reich, J., Goldenberg, I., Vasile, R., Goisman, R., & Keller, M. (1994). A prospective follow-along study of the course of social phobia. *Psychiatry Research*, 54(3), 249-258. doi: 10.1001/archpsyc.55.1.56

Reich, W., Welner, Z., & Herjanic, B. (1997). *The Diagnostic Interview for Children and Adolescents-IV*. Multi-Health Systems. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.

Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 251-262. doi: 10.1016/j.cpr.2012.01.005

Rheingold, A. A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27(6), 639-655. doi: 10.1023/A:1026399627766

Rubin, K. H., Coplan, R. J., & Bowker, J. C. (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60, 141. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163642

Scaini, S., Belotti, R., & Ogliari, A. (2014). Genetic and environmental contributions to social anxiety across different ages: A meta-analytic approach to twin data. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(7), 650-656. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.07.002

Schmits, E., Heeren, A., & Quertemont, E. (2014). The self-report Version of the LSAS[1]CA: Psychometric Properties of the French Version in a non-clinical adolescent sample. *Psychologica Belgica*, 54(2), 181-198. doi: 10.5334/pb.al

Schmitz, J., Kraemer, M., Blechert, J., & Tuschen-Caffier, B. (2010). Post-event Processing in Children with Social Phobia. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(7), 911-919. doi: 10.1007/s10802-010-9421-2

Schmitz, J., Kraemer, M., & Tuschen-Caffier, B. (2011). Negative post-event processing and decreased self-appraisals of performance following social stress in childhood social anxiety: An experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 789-795. doi: 10.1016/j.brat.2011.09.001

Schmitz, J., Blechert, J., Kramer, M., Asbrand, J., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Biased perception and interpretation of bodily anxiety symptoms in childhood social anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 41(1), 92-102. doi: 10.1080/15374416.2012.632349

Schreiber, F., Hoefling, V., Stangier, U., Bohn, C., & Steil, R. (2012). A Cognitive Model of Social Phobia: Applicability in a Large Adolescent Sample. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(3), 341-358.

Schreiber, F., & Steil, R. (2013). Haunting self-images? The role of negative self-images in adolescent social anxiety disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2), 158-164. doi: 10.1016/j.jbtep.2012.10.003

Schreiber, F., Heimlich, C., Schweitzer, C., & Stangier, U. (2015). Cognitive therapy for social anxiety disorder: the impact of the “self-focused attention and safety behaviours experiment” on the course of treatment. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(02), 158-166. doi: 10.1017/S1352465813000672

Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Placentini, J., Davies, M., . . . Regier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, Field Testing, Interrater Reliability, and Acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(3), 643-650. doi: 10.1097/00004583-199305000-00023

Siegel, R. S., La Greca, A. M., & Harrison, H. M. (2009). Peer victimization and social anxiety in adolescents: Prospective and reciprocal relationships. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(8), 1096-1109. doi: 10.1007/s10964-009-9392-1

Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: Graywind Publications, A Division of The Psychological Corporation.

Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pine, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent

versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944. doi: 10.1097/00004583-200108000-00016

Silverman, W. K., Pina, A. A., & Viswesvaran, C. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for phobic and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130. doi: 10.1080/15374410701817907

Spielmans, G. I., Pasek, L. F., & McFall, J. P. (2007). What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 27(5), 642-654. doi: 10.1016/j.cpr.2006.06.001

Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research & Therapy*, 41(9), 991-1007. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00176-6

Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 68(7), 692-700. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2011.67

Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1606-1613. doi: 10.1176/appi.ajp.157.10.1606

Stein, M. B., Fuetsch, M., Müller, N., Höfler, M., Lieb, R., & Wittchen, H.-U. (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 251-256.

Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology*, 43(6), 1531. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1531

Stott, R., Wild, J., Grey, N., Liness, S., Warnock-Parkes, E., Commins, S., . . . , & Clark, D. M. (2013). Internet-delivered cognitive therapy for social anxiety disorder: a development pilot series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(4), 383-397. doi: 10.1017/S1352465813000404

Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K. R., . . . Kessler, R. C. (2010). Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105(6), 1117-1128. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x

Tuschen-Caffier, B., Köhl, S., & Bender, C. (2011). Cognitive-evaluative features of childhood social anxiety in a performance task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(2), 233-239. doi: 10.1016/j.jbtep.2010.12.005

Van Ameringen, M., Mancini, C., & Farvolden, P. (2003). The impact of anxiety disorders on educational achievement. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(5), 561-571. doi: 10.1037/0012-1649.43.6.1531

Veale, D. (2001). Cognitive-behavioural therapy for body dysmorphic disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 7(2), 125-132. doi: 10.1192/apt.7.2.125

Wells, A., Stopa, L., & Clark, D. M. (1995). Social anxiety process measures.

Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29(3), 357-370. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80037-3

Whisman, M. A., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of abnormal psychology*, 109(4), 803. doi: 10.1037/0021-843X.109.4.803

Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2007). When the present visits the past: Updating traumatic memories in social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 386-401. doi: 10.1037/0021-843X.109.4.803

Wild, J., Hackmann, A., & Clark, D. M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: a pilot study. *Behav Ther*, 39(1), 47-56. doi: 10.1016/j.beth.2007.04.003

Wild, J., & Clark, D. M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 433-443. doi: 10.1037/0021-843X.109.4.803

Wilhelm, S., Phillips, K. A., Didie, E., Buhlmann, U., Greenberg, J. L., Fama, J. M., . . . Steketee, G. (2014). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 45(3), 314-327. doi: 10.1016/j.beth.2013.12.007

Wittchen, H.-U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (1999). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia—Findings from a controlled study. *European Psychiatry*, 14(3), 118-131. doi: 10.1016/S0924-9338(00)00211-X

Wittchen, H.-U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological medicine*, 29(02), 309-323. doi: 10.1017/S0033291798008174

Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(3), 335-342. doi: 10.1207/S15374424JCCP3103_05

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*: Geneva: World Health Organization.

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x



БЛАГОДАРНОСТИ

В подготовке перевода участие принимали:

- Мария Александрова
- Ольга Кольцова
- Дина Меметова
- Григорий Мисютин
- Мария Новикова
- Евгений Сапрыкин
- Мария Соколова
- Ксения Смирнова
- Филлос Яхин

Правка, вычитка:

- Екатерина Анисимова
- Кристина Кузнецова
- Александра Михайлова
- Виктор Шмаков

Организация и координация проекта:

- Яков Кочетков