



Оксфордское руководство

**Когнитивно-
поведенческая
терапия
для онкологических
пациентов**

Стирлинг Мури
Стивен Грир



МЕТОДЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

**Когнитивно-
поведенческая
терапия
для онкологических
пациентов**

Оксфордское руководство

Oxford Guide to CBT for People with Cancer

Second edition

Stirling Moorey
Steven Greer

Когнитивно- поведенческая терапия для онкологических пациентов

Оксфордское руководство

Стирлинг Мури
Стивен Грир

Перевод под редакцией И.Э. Слабинской

Київ
Комп'ютерне видавництво
"ДІАЛЕКТИКА"
2021

УДК 615.851:616-006

М91

Перевод с английского и редакция *И.В. Берштейна*

Под редакцией *И.Э. Слабинской*

Мури, С., Грир, С.

М91 Когнитивно-поведенческая терапия для онкологических пациентов. Оксфордское руководство/Стирлинг Мури, Стивен Грир; пер. с англ. *И.В. Берштейна*. — Киев. : “Диалектика”, 2021. — 400 с. : ил. — Парал. тит. англ.

ISBN 978-617-7874-62-0 (укр.)

ISBN 978-0-19-960580-4 (англ.)

В настоящем, обновленном издании обсуждаются результаты многих клинических и научных исследований в областях психоонкологии и когнитивно-поведенческой терапии, а также даются практические рекомендации по применению КПТ для преодоления таких распространенных симптомов, как бессонница, усталость, вялость и тошнота. Рекомендуется специалистам по психиатрии, работающим в области онкологии, а также медицинским работникам, интересующимся психологическим лечением.

УДК 615.851:616-006

Все права защищены.

Никакая часть настоящего издания ни в каких целях не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, будь то электронные или механические, включая фотокопирование и запись на магнитный носитель, если на это нет письменного разрешения издательства Oxford University Press.

Copyright © 2021 by Dialektika Computer Publishing.

Authorized translation from the English language edition of *Oxford Guide to CBT for People with Cancer* (ISBN 978-0-19-960580-4), published by Oxford University Press © 2012 Oxford University Press.

Оглавление

Оглавление	5
Об авторах	11
Предисловие	12
Предисловие редактора русского перевода	15
Введение	18

Часть I. Психология рака

Глава 1. Что чувствуют люди с онкологическим диагнозом	25
Глава 2. Когнитивная модель адаптации к онкологическому диагнозу	35
Глава 3. Может ли КПТ улучшить качество жизни	57
Глава 4. Может ли психологическая терапия оказывать влияние на продолжительность выживания	91

Часть II. КПТ для онкологических пациентов

Глава 5. Общий обзор терапии	103
Глава 6. Терапевтическая сессия	125
Глава 7. Переживание и выражение эмоций в АПТ	143
Глава 8. Поведенческие методы	161
Глава 9. Основные когнитивные техники	191
Глава 10. Когнитивные техники для работы с тревогой и депрессией	217
Глава 11. Применение методов КПТ для разрешения типичных проблем	239
Глава 12. Работа с глубинными убеждениями и допущениями в контексте рака	257
Глава 13. Работа с парами	277
Глава 14. КПТ на продвинутых и терминальных стадиях заболевания	295
Глава 15. Пролонгированная реакция горя у основных опекунов	323
Глава 16. Групповая терапия	337
Глава 17. Заключительные замечания	349
Приложение 1. Совладание с раком	351
Приложение 2. Ошибки мышления	357
Приложение 3. Расписание активности на неделю	361
Приложение 4. Регистрация мыслей	362
Приложение 5. Опросники для оценки онкологических пациентов	363
Библиография	370

Содержание

Оглавление	5
Об авторах	11
Предисловие	12
Предисловие редактора русского перевода	15
Введение	18
Сокращения, принятые в книге	21
От издательства	22

Часть I. Психология рака

Глава 1. Что чувствуют люди с онкологическим диагнозом	25
Необходим правильный диагноз	25
Тревога и депрессия	28
Нарушенные отношения	31
Сексуальная дисфункция	31
Острые состояния спутанности	33
Глава 2. Когнитивная модель адаптации к онкологическому диагнозу	35
Угроза выживанию	36
Угроза себе	41
Мысли, чувства, поведение и физиология	49
Роль семьи и друзей	50
Резюме	56
Глава 3. Может ли КПТ улучшить качество жизни	57
Индивидуальная КПТ	58
Рандомизированные контролируемые исследования АПТ	62
Психоэдукационные группы	67
Группы КПТ	75
Телефонная терапия	77
Продвинутые стадии заболевания	82
Мета-анализ	84
КПТ при других распространенных проблемах	86
Выводы	90

Глава 4. Может ли психологическая терапия оказывать влияние на продолжительность выживания	91
Повторение исследований Шпигеля и Фаузи	96
Насколько рандомизация уместна	98
Резюме и выводы	99

Часть II. КПТ для онкологических пациентов

Глава 5. Общий обзор терапии	103
Место психотерапии в онкологии	103
Теоретические основы АПТ	108
Цели данной терапии	113
Фазы терапии	118
Наглядный пример АПТ	121
Практические соображения	123
Глава 6. Терапевтическая сессия	125
Терапевтические отношения	126
Структура АПТ	130
Структура последующих сессий	138
Резюме	142
Глава 7. Переживание и выражение эмоций в АПТ	143
Избегание негативных эмоций	144
Подавление и выражение негативных эмоций	146
Переработка или решение проблем?	149
Показания к содействию выражения эмоций	150
Показания к проблемно-сфокусированным интервенциям	150
Содействие в выражении эмоций	151
Работа с отрицанием	157
Содействие в выражении и перенаправлении гнева	158
Резюме	159
Глава 8. Поведенческие методы	161
Обучение релаксации	162
Планирование активности	165
Функции планирования активности	166
Использование планирования активности	168
Техника градуированных заданий	171

Планирование будущего	172
Поведенческие эксперименты	173
Применение поведенческих методов для работы с тревожно-озабоченными пациентами	176
Применение поведенческих методов для работы с беспомощными и безнадежными пациентами	179
Другие примеры использования поведенческих методов	185
Резюме	190
Глава 9. Основные когнитивные техники	191
Применение когнитивных техник	191
Разработка плана действий	197
Основные методы оценивания мыслей и убеждений	197
Другие когнитивные методы	210
Резюме	216
Глава 10. Когнитивные техники для работы с тревогой и депрессией	217
Когнитивные интервенции для пациентов, испытывающих беспомощность и безнадежность	217
Общая стратегия для совладания со страхом рецидива	225
Паника	231
Когнитивные интервенции для пациентов, переживающих беспомощность или безнадежность	233
КПТ в действии	236
Резюме	238
Глава 11. Применение методов КПТ для разрешения типичных проблем	239
Работа с гневом и самообвинением	239
Резюме	256
Глава 12. Работа с глубинными убеждениями и допущениями в контексте рака	257
Личные убеждения и адаптация к онкологическому заболеванию	257
Концептуализация развития	263
Четыре способа взаимодействия опасного для жизни заболевания с убеждениями	269
Работа с допущениями и глубинными убеждениями	272
Резюме	275

Глава 13. Работа с парами	277
Содействие открытому общению	278
Когнитивные техники	281
Партнер в качестве ко-терапевта	287
Терапия сексуальной дисфункции	288
Резюме	293
Глава 14. КПТ на продвинутых и терминальных стадиях заболевания	295
Психологическое воздействие физических симптомов	299
Улучшение качества жизни	303
Работа с “реалистичными” негативными автоматическими мыслями	303
Содействие боевому духу и позитивному избеганию	307
АПТ как часть паллиативной/хосписной помощи	308
Терминальная стадия заболевания	310
Борьба и принятие	317
Работа с парами	319
Органические причины психологического расстройства	321
Резюме	321
Глава 15. Пролонгированная реакция горя у основных опекунов	323
Распространенность расстройства	325
Факторы риска пролонгированной реакции горя	325
Случай 1	325
Случай 2	327
Тяжелая утрата в детстве и сепарационная тревога	328
Случай 3	328
Терапия пролонгированной реакции горя	330
Некоторые полезные рекомендации	330
Случай 4	332
Резюме	335
Глава 16. Групповая терапия	337
Индивидуальная терапия в сравнении с групповой терапией	337
Различные модели групповой терапии	339
Что общего у всех моделей групповой терапии	342
Терапия для всех или для избранных?	342
Практические соображения	343
Сравнение моделей групповой терапии	345
Краткие итоги и выводы	347

Глава 17. Заключительные замечания	349
Приложение 1. Совладание с раком	351
Психотерапия	352
Решение проблем	352
Выражение чувств	353
Совладание с негативными мыслями	353
Улучшение качества жизни	355
Изучение новых методов совладания	355
Выводы	356
Приложение 2. Ошибки мышления	357
1. Чрезмерное обобщение	357
2. Преувеличение и преуменьшение	357
3. Мышление в стиле “все или ничего”	357
4. Избирательное внимание	358
5. Негативные предсказания	358
6. Чтение мыслей	359
7. Долженствования и необходимости	359
8. Навешивание ярлыков	359
9. Персонализация	360
Приложение 3. Расписание активности на неделю	361
Приложение 4. Регистрация мыслей	362
Приложение 5. Опросники для оценки онкологических пациентов	363
Шкала психологической адаптации к онкологическому диагнозу (MACS)	363
Опросник совладания с онкологическим заболеванием (вариант, состоящий из 21 пункта) (CCQ)	366
Опросник для оценки переживаний, связанных с раком	369
Библиография	370

Об авторах

Стирлинг Мури имеет степень бакалавра медицины и хирургии, он является членом совета Королевского колледжа психиатрии (FRCPSych), консультантом в области медицинской психотерапии из Доверительного фонда Национальной системы здравоохранения Великобритании в Южном Лондоне и больнице Модсли (South London and Maudsley NHS Foundation Trust), а также почетным старшим преподавателем в Лондонском институте психиатрии.

Стивен Грир является дипломированным врачом, членом совета Королевского колледжа психиатрии (FRCPSych), членом совета Королевского австралийского и новозеландского колледжа психиатрии (FRANZCP), работает в госпитале св. Рафаэля, г. Саттон, графство Суррей, Великобритания, имеет звание заслуженного профессора психологической медицины в отставке, а также служит сотрудником Научно-исследовательского института онкологии при Лондонском университете.

Предисловие

Как и многие другие, я рассматриваю время, которое мне приходится проводить в авиаперелетах, как возможность почитать что-нибудь полезное. Вместо общения по электронной почте, звонков по телефону, бесед с коллегами, друзьями и родными, я просто уделяю все это время чтению. Однако мои ожидания зачастую оказываются излишне оптимистичными, особенно в тех случаях, когда я читаю материал, содержащий в своем заголовке такие слова, как “стресс” или “совладание”. В подобных случаях мой пассажир в соседнем кресле, вероятнее всего, бросит беглый взгляд на то, что я читаю, а затем, наклонившись ко мне, заговорит несколько заговорщицким тоном голоса, рассказывая мне о стрессе в его жизни или прося меня поделиться секретами успешного преодоления стресса, естественно, лишь в нескольких словах. Обычно я слушаю истории о стрессе не просто из вежливости, а потому, что нахожу подобные истории интересными и зачастую довольно трогательными. Но когда меня просят поделиться секретами успешного преодоления стресса, я объясняю, что я психолог, который занимается исследованиями, а не работой с клиентами. Обычно такая реакция вызывает немедленную утрату интереса, и меня оставляют в покое, а это вновь вселяет надежду, что я смогу поработать над читаемым материалом, больше не прерываясь.

Мои соседи по сиденью, вероятно, считают, что я, будучи исследователем, умею хорошо оперировать данными, но неспособна объяснить смысловое значение этих данных в отношении той помощи, которая требуется людям в трудные для них времена. С одной стороны, такое мнение на самом деле глубоко укоренено в культуре социальных и поведенческих наук, а с другой стороны, в клинической практике. Раньше обе эти области науки развивались по отдельности, говорили на разных языках и преследовали разные цели. Например, в социальных и поведенческих науках основное внимание уделялось объяснению и даже прогнозированию поведения, тогда как клиническая практика была сосредоточена, главным образом, на диагностике и лечении психических заболеваний и проблем адаптации. Но

в последнее время у каждой из этих дисциплин нашлись веские основания преодолеть разделявшую их пропасть, наведя мосты для обмена знаниями и содействия взаимному сотрудничеству.

Особая роль в преодолении такой пропасти принадлежит понятию стресса. С клинической точки зрения стресс признается как причина такого поведения, как курение, пьянство, переедание и употребление запрещенных законом наркотиков, способное вызвать болезнь и даже смерть. Исследование такого поведения проводится, главным образом, учеными, изучающими социальные проблемы, а также проблемы поведения, и это означает, что клиницистам нужно взаимодействовать с исследователями. А с другой стороны, этих ученых все больше интересует, каким образом психологические процессы, связанные со стрессом, оказывают неблагоприятное влияние на системы органов, приводя, в конечном счете, к заболеванию. Технические достижения дают возможность исследовать подобные вопросы, и исследователи теперь хотят установить прочные связи с клиницистами и с контингентом их пациентов.

В своей книге Стирлинг Мури и Стивен Грир наглядно показывают весь процесс наведения мостов между исследователями и практикующими врачами. Сначала они разработали метод адьювантной психологической терапии для поддержания психологического благополучия онкологических пациентов, а затем провели клинические исследования, чтобы выяснить, среди прочих целей, эффективность своего метода лечения и повторяемость результатов, полученных ими на ранней стадии исследования. В то же время другие исследователи (вероятно, под влиянием новаторской научной деятельности Мури и Грира) разработали и протестировали свои вариации когнитивно-поведенческой терапии, предназначенной для онкологических пациентов. К концу 1990-х годов было проведено достаточное количество исследований для выполнения мета-анализа, который позволил выявить преимущества и ограничения когнитивно-поведенческой терапии в целом и адьювантной психологической терапии в частности.

Настоящее издание книги демонстрирует более глубокое понимание контингента пациентов, для которых могут быть наиболее эффективными методы когнитивно-поведенческой терапии, а также тех вопросов, с которыми сталкиваются различные группы пациентов. Накопленный авторами книги опыт дает также пищу для размышлений о том, как психотерапевту следует вовлекать пациента на различных (начальной, средней и конечной) стадиях не только заболевания, но и терапии.

На момент выхода в свет первого издания этой книги область психоонкологии находилось на стадии зарождения. За десятилетия в промежутке между первым и вторым изданиями она заметно продвинулась в своем развитии вперед, и теперь она включает в себя методы научно обоснованной терапии для поддержания качества жизни и психологического благополучия пациентов с хроническим заболеванием или перспективой неминуемой смерти. В этот период развития Мури и Грир продолжали свою работу в данной области. Процесс, в ходе которого они разработали свой метод терапии, опираясь на личный опыт общения с онкологическими пациентами в сочетании с их собственными и другими исследованиями, наглядно показывает, насколько наука и практика могут быть взаимовыгодными.

Что же касается выхода из затруднительного положения во время моих авиаперелетов, то в следующий раз я положу эту книгу поверх стопки литературы для обязательного чтения, чтобы вызвать к ней интерес, главным образом, у тех людей, которых занимают вопросы онкологии. Я предложу своему соседу по сиденью эту книгу на все время полета, преследуя тем самым две цели: дать ему возможность получить начальные сведения о сложностях совладания с онкологическим заболеванием, а себя защитить от прерывания моего чтения полезной литературы на все драгоценное время полета.

Сьюзен Фолкмен,
Сан-Матео, шт. Калифорния, июль 2011 г.

Как нет двух одинаково здоровых людей, так и нет двух одинаково больных людей, поэтому ни один диагноз нельзя считать окончательным или точным, пока он не включает в себя оценивание характера или конституции пациента. Для правильного лечения больного требуется не только диагноз заболевания, но способ и степень изменения его предполагаемых основных характеристик личными качествами больного, наследственными чертами, которые в нем сошлись, изменениями в нем, обусловленными его прошлой жизнью, и многими прочими факторами.

Джеймс Педжет, (1885 г.)
из обращения к Абернетийскому обществу госпиталя св. Варфоломея.

Предисловие редактора русского перевода

Шок, растерянность и страх — первые ощущения человека, у которого диагностировали рак. “Почему я? За что это мне? Что дальше делать? Мысли и эмоции накатывают, как цунами, и накрывают с головой. Все остальное становится серым фоном, далеким и размытым. Все вокруг живут, как раньше, работают и отдыхают, строят планы, мечтают. А ты хочешь только одного — проснуться утром и понять, что это просто был плохой сон”, — так или приблизительно так рассказывают о своих чувствах пациенты, столкнувшиеся с онкологическим диагнозом.

Согласно мировой базы данных Globocan 2018, каждый пятый мужчина и каждая шестая женщина в течение жизни заболеют раком. За этими сухими статистическими цифрами будет стоять потеря здоровья, благополучия и спокойствия конкретного человека и его семьи.

Когда пройдет первый шок, пациент и его близкие могут столкнуться с целой гаммой чувств и переживаний, абсолютно новых и крайне неприятных для осознания. И в это время крайне важно, чтобы любому пациенту и членам его семьи была доступна психологическая и социальная помощь.

Международный стандарт качественной онкологической помощи, принятый Международным психоонкологическим сообществом (IPOS) строится на перечисленных ниже постулатах.

- Психосоциальную помощь при онкологическом заболевании следует признать универсальным правом человека
- Качественная помощь при онкологическом заболевании должна включать психосоциальную сферу в повседневное рутинное сопровождение пациента
- Дистресс пациента должен быть измерен и стать шестым жизненным показателем после температуры, артериального давления, пульса, частоты дыхания и боли.

В связи с этим остро встает вопрос подготовки психотерапевтов и другого медицинского персонала, которые будут работать с онкологическими пациентами и оказывать такую помощь. И здесь важно все — и соответствующее обучение и качественная литература. До недавнего времени все, что было напечатано на русском языке, давало только общую информацию о формах психотерапевтической работы в онкологии. Но не было книг, в которых эти формы раскладывались на методы, техники, модели и стратегии и подавались пошагово.

Книга *Когнитивно-поведенческая терапия для онкологических пациентов. Оксфордское руководство*, которую вы держите в руках, — первая такая азбучная книга, позволяющая ознакомиться с особенностями работы в КПТ с онкологическими пациентами практически с нуля. Она написана простым и доступным языком, содержит описание техник и методов работы с пациентами на самых разных этапах лечения, знакомит с различными КПТ-стратегиями, моделями, формами работы и включает реальные примеры использования данного подхода в ежедневной практике психотерапевта и другого медицинского персонала, работающего в сфере онкологии (онкологов, психиатров, медсестер).

За время после публикации второго издания этой книги, теоретический и практический инструментарий когнитивно-поведенческой терапии для онкологических пациентов расширился благодаря другим подходам, входящим в зонтик КПТ, например, методам и техникам, взятым из терапии принятия и ответственности (АСТ), метакогнитивной терапии (МСТ), диалектической поведенческой терапии (DBT). Но без знания основ КПТ, понимания структуры и моделей работы, базовых методов и техник работы с онкологическими пациентами дальнейшее движение по дороге КПТ невозможно. Этим и ценна данная книга! Именно это она и дает!

В известной книге об истории рака Сиддхарты Мукерджи *Император всех болезней* есть две цитаты, которые я бы хотела здесь привести. Первая: “Чтобы идти в ногу с этой болезнью, нужно изобретать и переизобретать, учить и переучивать стратегии”. Именно этому и посвящена книга *Когнитивно-поведенческая терапия для онкологических пациентов. Оксфордское руководство*. Поиску, исследованиям, проверке, обучению, и, наконец, применению и расширению стратегий работы с онкологическими пациентами.

Вторая цитата: “Раковая клетка развивается. И мы тоже”, как нельзя лучше демонстрирует насколько важно издание таких книг как для нас —

специалистов, работающих в сфере онкологии, так и для тех, для кого мы работаем — для наших пациентов. Пользуясь предоставленной мне возможностью, хочу выразить огромную благодарность издателям книги за то, что они почувствовали исключительную нужность этой книги, не боялись браться за такую сложную тему, и, насколько я знаю, собираются продолжать издавать книги, посвященные психотерапии онкологических пациентов.

Дорогу осилит идущий! Удачи нам всем на этом пути!
До новых книг!

Ия Слабинская,
онкопсихолог,
Президент Украинской Психонкологической Ассоциации (УПОА)
iyapsyonco@gmail.com
Февраль 2021 г.

Введение

Когда первое издание этой книги появилось в 1989 году, профессор Тим МакЭлвейн (Tim McElwain), один из самых известных британских онкологов, написал в своем предисловии к книге следующее:

“Разумеется, нам предстоит еще немало поработать в данной области и, очевидно, многое уточнить, дополнить и проверить в рекомендованных методах лечения. Но я уверен, что эта важная книга представит непосредственную ценность для всех, кто занимается лечением онкологических пациентов.”

С тех пор, как было написано это предисловие, когнитивно-поведенческая терапия упрочилась как психологическая терапия с самой строгой доказательной базой, а психоонкология решительно зарекомендовала себя как область психологии здоровья. Наша собственная работа перешла из области раннестадийного курабельного рака в область паллиативного лечения, и эта перемена отразилась в расширении главы, посвященной продвинутым стадиям болезни, а также в появлении новой главы, посвященной работе с горем, постигшим тех, кто потерял родных и близких людей, умерших от рака. Интервенции в психоонкологии становятся все более утонченными, и теперь мы уделяем больше внимания адаптации когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) для конкретных онкологических заболеваний и их симптомов. Кроме того, КПТ расширила наши представления о таких психологических процессах, как избирательное внимание, безопасное поведение, роль беспокойства и навязчивых мыслей в поддержании расстройств, и некоторые из этих инсайтов мы воплотили в своем методе терапии. Читатели предыдущего издания книги по достоинству оценили ясность изложения ее материала, и поэтому мы постарались ничего существенного в этом отношении не менять, а только обновили настоящее издание в свете последних научных и клинических достижений.

В частности, мы сохранили структуру книги, состоящую из двух частей. В первой части описываются основные клинические, теоретические и эмпирические аспекты психологии рака. Она начинается с обсуждения пере-

живаний онкологических пациентов и типичных эмоциональных реакций на данное заболевание. В главе 2 эти реакции ставятся в когнитивно-поведенческий контекст вместе с обновленной когнитивной моделью адаптации к онкологическому заболеванию. В главах 3 и 4 дается краткий обзор доказательств, как эффективности когнитивно-поведенческих интервенций для онкологических пациентов, так и влияния подобной терапии на сам процесс заболевания.

Во второй части этой книги описывается разработанная нами разновидность КПТ для онкологических пациентов, которая называется адьювантной психологической терапией. Эта часть начинается с краткого обзора адьювантной психологической терапии в главе 5, после которого следует описание структуры и характера терапевтических отношений в главе 6. Далее в главах 7, 8 и 9 представлены основные эмоциональные, поведенческие и когнитивные методы, применяемые в рассматриваемой здесь разновидности терапии. Эти главы не претерпели особых изменений с момента предыдущего издания книги, за исключением некоторых обновлений главы 7 в свете современных представлений об экспериментальном избегании. Мы отделили методики работы с тревогой и депрессией, описанные в главе 10, от методик для лечения других распространенных проблем, излагаемых в главе 11. Это позволило нам расширить раздел, посвященный совладанию с тревогой, включив в него дополнительный материал по беспокойству и панике. Теперь в главе 11 содержатся более подробные сведения о том, как справляться с бессонницей, усталостью, болью и тошнотой, помимо гнева. В главе 12 дается больше рекомендаций относительно того, как разрабатывать концептуализацию и как работать с базовыми убеждениями. В главе 13 поясняется, как привлечь партнеров к сеансу терапии, а в главе 14 описывается специальное применение КПТ для людей с продвинутой или терминальной стадией рака. Это интересный и перспективный участок работы, который традиционно был уделом гуманистических и поддерживающих разновидностей терапии. В главе 15 описываются методы когнитивно-поведенческой терапии применительно к реакциям горя, а завершается настоящее, как и предыдущее, издание главой, посвященной работе с группами пациентов.

Надеемся, что и настоящее издание книги окажется легким для чтения, т.е. в максимальной степени свободным от профессионального жаргона, информативным, а самое главное — пригодным для непосредственного применения на практике специалистами, которые занимаются клиниче-

ским лечением и сопровождением онкологических пациентов. Эта книга может заинтересовать медицинских сестер и онкологов, стремящихся больше узнать о применении проблемно-ориентированного подхода к психологическим проблемам пациентов. Она должна также стать полезным ресурсом для психологов, психиатров, психотерапевтов и прочих специалистов по психическому здоровью, работающих в медицинских учреждениях.

Нам хотелось бы выразить искреннюю благодарность Кэти Берн (Kathy Burn) и Лин Сноуден (Lyn Snowden) за клинические обсуждения, послужившие основанием для некоторого нового материала настоящего издания, а также Магде Мури (Magda Moorey) — за полезные комментарии к первоначальной рукописи настоящего издания книги и Кэрол Селлз (Carol Sells) — за ее безотказную поддержку во время подготовки книги к настоящему изданию. И как всегда, мы глубоко признательны нашим пациентам, которые многому нас научили.

*Стирлинг Мури
Стивен Грир*

Сокращения, принятые в книге

APT	Adjuvant psychological therapy	АПТ	Адьювантная психологическая терапия
BDI	Beck Depression Inventory		Шкала депрессии Бека
BPP	Biobehavioral Pain Profile		Биоповеденческий профиль боли
CBT	Cognitive behavioural therapy	КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
CCQ	Cancer Coping Questionnaire		Опросник совладания с онкологическим заболеванием
CTFARS	Cognitive Therapy First Aid Rating Scale		Оценочная шкала первой помощи при когнитивной терапии
DTR	Dysfunctional Thought Record		Бланк для записи дисфункциональных мыслей
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale		Госпитальная шкала тревоги и депрессии
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale		Шкала Гамильтона для оценивания депрессии
MACS	Mental Adjustment to Cancer Scale		Шкала психологической адаптации к раку
MASCC	Multinational Association of Supportive Care in Cancer		Международная ассоциация специалистов поддерживающей терапии в онкологии
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence		Национальный институт здравоохранения и усовершенствования клинической практики
PAIS	Psychosocial Adjustment to Illness Scale		Шкала психологической адаптации к заболеванию
POMS	Profile of Mood States		Профиль эмоционального состояния
RSCL	Rotterdam Symptom Checklist		Роттердамский опросник симптомов
STAI	State-Trait Anxiety Inventory		Шкала тревоги Спилберга

От издательства

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик и комментатор. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересно услышать и любые другие замечания, которые вам хотелось бы высказать в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо, либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится или нет вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Посылая сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов, а также ваш обратный адрес. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию последующих книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info.dialektika@gmail.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Часть I

Психология рака

Что чувствуют люди с онкологическим диагнозом

Джон был 26-летним каменщиком, ведшим активную жизнь, деля свой досуг между подругой, друзьями и футболом, хотя и не обязательно именно в таком порядке. Он был сильным и здоровым мужчиной, радовавшимся жизни и раньше не болевшим тяжелыми физическими или психическими заболеваниями. Однажды, когда они занимались любовью с его подругой, он заметил, что левое яичко у него распухло. Подруга убедила его обратиться к врачу, который направил его к онкологу. В итоге у Джона обнаружился рак яичка. Тем же вечером, написав предсмертную записку своей матери и подружке, он покончил жизнь самоубийством, приняв чрезмерно большую дозу наркотика. Трагическая смерть этого человека усугубило то обстоятельство, что герминогенные опухоли яичка у молодых мужчин поддаются в значительной степени лечению [Horwich, 1995]. Правда, столь трагические случаи редки, но они наглядно показывают высокий уровень эмоционального расстройства, которое способен вызвать рак.

Необходим правильный диагноз

Вряд ли можно сомневаться, что онкологический диагноз вызовет у большинства людей ужас, который превысит страх других заболеваний, влекущих за собой в равной степени серьезные или еще более мрачные прогнозы [McIntosh, 1974]. Несмотря на то, что лечение рака стало всеобщим достоянием, слово “рак” воспринимается многими людьми как спонтанное, неконтролируемое размножение клеток, разрушающих организм человека и приводящих к медленной и мучительной смерти. Поэтому и не удивительно, что врачи до недавнего времени щадили пациентов, не сообщая им настоящий диагноз их заболевания, поскольку они не знали, как его воспримут пациенты.

Как же это воспринимают пациенты? Чтобы понять, как они могут воспринимать настоящий диагноз, представьте себя пациентом, у которого

развился рак. Ваш врач, полагая, что вы не сумеете совладать с сермяжной правдой, отказывается дать вам правильный диагноз, а вместо этого он лишь отделяется эвфемизмами, смягчая ситуацию. В то же время вашему партнеру или близкому родственнику сказали, что у вас рак, и посоветовали ни в коем случае не раскрывать вам настоящий диагноз, а, напротив, держаться с вами приветливо. Между тем, симптомы вашего заболевания ухудшаются, и вы начинаете подозревать, что у вас может быть рак, но ни ваш врач, ни самый близкий и дорогой человек не скажет вам правду. Вместо этого они скажут, что вам требуется операция, и вас кладут в палату общехирургического отделения больницы. Там вы с тревогой сталкиваетесь со слишком широко распространенной практикой: во время обхода группа хирургов останавливается у подножья вашей кровати, шепотом обсуждая случай вашей болезни. И вы замечаете, что они не делают этого, когда осматривают других пациентов во время обхода. Чувствуя себя обособленно и все более тревожно и беспомощно, вы подвергаетесь обширному хирургическому вмешательству. В такой атмосфере страха и неопределенности вполне возможно, что вы переживете сильное эмоциональное расстройство.

Такие переживания были весьма распространены в 1950-е и 1960-е годы. Как показали результаты опроса, проведенного в тот период времени в США, не меньше 90% врачей не раскрывали онкологический диагноз своим клиентам [Oken, 1961]. Столь удобная норма практики была распространена и в Великобритании. Несомненно, врачи, ограждавшие пациентов от столь ужасного диагноза, действовали из самых лучших побуждений, но были ли правы, поступая подобным образом? Принимая во внимание бытовавшее тогда мнение, в одном смелом и новаторском британском исследовании серии онкологических пациентов, проходивших курс радиотерапии в госпитале, сообщили настоящий диагноз, а их последовавшие реакции оценивались в течение 1–4 недель [Aitken-Swan and Easson, 1959]. Результаты данного исследования оказались весьма поучительными. В итоге обнаружилось, что 66% пациентов подтвердили, что им сказали о наличии у них рака, и только 7% из них этого не подтвердили. Любопытно, что 19% пациентов отрицали, что им сказали о наличии у них рака, тогда как реакция остальных 7% оказалась неопределенной. Столь характерные результаты исследования, свидетельствовавшие о том, что подавляющее большинство онкологических пациентов хотели быть осведомлены в настоящем диагнозе их заболевания, послужило началом перемен в медицинских установках и нормах клинической практики.

Несмотря на то, что практика не раскрывать онкологический диагноз пациентам сохраняется до сих пор в Южной и Восточной Европе, раскрытие диагноза стало теперь распространенной нормой практики в Западной Европе, Северной Америке и Австралии [Holland and Marchini, 1998]. И хотя перемены в медицинских установках не ограничиваются только раскрытием диагноза, это можно только приветствовать. С тех пор произошли коренные перемены, которые разнятся от патерналистского отношения, принятого многими хирургами, до более уравновешенного профессионального отношения, при котором пациент полностью извещен о своем заболевании или хотя бы извещен настолько, насколько он того желает, и его приглашают принять участие в обсуждении метода лечения его заболевания. По крайней мере, так должно быть, но, в действительности, перемены происходят медленно, а в Великобритании — неравномерно. В приведенном ниже свидетельстве пациентка поделилась (в 1998 году) своими переживаниями с одним из авторов книги.

Я начала испытывать боли в желудке и подумала, что у меня просто нарушено пищеварение. И тогда я начала страдать запором, хотя порой и расстройством желудка. Я стала отказываться от пищи, и тогда мой муж повел меня к врачу, а тот направил меня в больницу. Там мне сделали ряд не очень приятных исследований, но ничего не сказали, что это было. Хирург попросил меня подождать снаружи, пока он не поговорит с моим мужем. От них мне удалось добиться лишь то, что с моим желудком не все было в порядке, и мне предстоит пройти операцию, а затем принимать ряд лекарств. Я начала беспокоиться, что у меня было что-то более серьезное, и мне не удавалось выбросить это из головы.

Мне подумалось: “Может быть это рак?”, но когда я набралась смелости спросить об этом хирурга, он просто сказал: “Вам не о чем беспокоиться — просто часть вашего желудка не функционирует должным образом, и когда мы полечим его, у вас станет все в порядке”. После операции я принимала лекарства, от которых меня постоянно тошнило. Я потеряла аппетит, испытывала все более усиливающуюся боль и просто чувствовала себя ужасно. Все время я беспокоилась и много плакала, когда обычно оставалась одна. Мой муж и дочь старались развеселить меня, говоря: “Тебе скоро станет лучше”, но со временем я просто перестала им верить. Я испытывала все более усиливающую боязнь и дрожь и не могла есть. Я чувствовала себя совершенно покинутой, и хуже всего, что я ничего не знала о своей болезни, и мне не с кем было о ней поговорить. Удивительно, что теперь, когда вы сказали мне, что у меня действительно не так, я почувствовала себя как-то сильнее. Я знаю, что это очень серьезно, и я все еще боюсь, хотя и не так, как прежде. Откровенно говоря, я чувствую себя лучше из-за того, что знаю правду. Иметь возможность поговорить об этом — такое облегчение.

Тревога и депрессия

Одного сообщения пациенту диагноза его заболевания недостаточно. Травматическое воздействие диагноза рака требует пристального внимания к эмоциональным потребностям пациента. Но с появлением высокотехнологической медицины и неуклонного сужения специализации этой важной стороной медицинской помощи стали все больше пренебрегать. Что именно чувствуют пациенты, когда их эмоциональными потребностями пренебрегают, наглядно показано в их собственных комментариях. Так, приведенный ниже комментарий был сделан врачом, страдавшим лимфомой.

“Современных онкологов следует побуждать к тому, чтобы они извлекали чувства самоуважения и удовлетворения своей карьерой из улучшения качества жизни пациента, а также его количества. Разрешая эмоциональные проблемы, связанные с химиотерапией, они могут ослабить чувства покинутости и гнева у своих пациентов и предотвратить их отчаяние, от которого они только страдают.”

[Cohn, 1982]

Пациент с диагнозом болезни Ходжкина прокомментировал свой личный опыт следующим образом:

“...мои переживания научили меня, что приспособление к жизни с болезнью Ходжкина имеет такое же отношение к эмоциональным установкам и общению, как и приспособление к физическим состояниям..., тогда как врачи по-прежнему спрашивают меня: “Как вы себя чувствуете?” Мне кажется, что все большее стремление полагаться на высокотехнологическое диагностическое оборудование привело к тому, что предоставлению информации о состоянии моего организма уделяется все меньше внимания. Это приводит меня в гнев.”

[Cooper, 1982]

Сталкиваясь с онкологическим диагнозом, большинство людей первоначально реагируют шоком и неверием, после чего следует тревога, гнев и депрессия. В большинстве случаев такая стрессовая реакция ослабевает через несколько недель, когда они мучительно и постепенно примиряются со своим заболеванием. Таким пациентам может помочь деликатное и доброжелательное обсуждение создавшегося положения вместе с врачом и эмоциональная поддержка членов семьи и близких друзей. Но у значительного меньшинства таких пациентов продолжают развиваться стойкие психические расстройства. Как показало наше исследование 1260 больных

разными формами рака, посетивших Королевский госпиталь Марсдена и прошедших психологическую диагностику в течение 4–12 недель после первоначального диагноза рака, у 23% этих больных была обнаружена значительная в клиническом отношении степень тревоги (15%) или депрессии (8%) [Greer et al, 1992]. Кроме того, некоторые пациенты, вполне справившиеся с первоначальным диагнозом, были психологически подавлены впоследствии извещением о том, что рак у них возобновился или распространился. По самым скромным оценкам, 25–30% пациентов страдали от психических расстройств, связанных с раком.

Если оставить эти расстройства без лечения, они могут существовать годами даже в отсутствие любых доказательств заболевания [Morris et al, 1977; Fobair et al, 1986; Irvine et al, 1991; Kornblieth et al, 1992]. Например, изучение заболеваемости у невыборочной серии пациентов с диагнозом рака груди, легких и колоректального рака выявило, что со временем никаких улучшений в их психологической адаптации к раку не произошло. В действительности, были обнаружены показатели значительного ухудшения психического здоровья пациентов в период между оцениванием исходного состояния и 1–2 годами после того, как был поставлен диагноз [Ell et al, 1989]. Более поздние исследования лишь подтвердили эти результаты. Так, в исследовании, проведенном в течение 5 лет среди 222 женщин с диагнозом рака молочной железы, были обнаружены показатели заметной тревоги и депрессии у 33% всех пациенток с таким диагнозом, у 15% — за один год, когда большинство женщин успешно излечились от этой болезни, и у 45%, после ее рецидива [Burgess et al, 2005].

На ранних стадиях лечение может вызывать большее расстройство, чем действие самой болезни. К хирургическому вмешательству часто относятся терпимо, как к “неизбежному злу”, поскольку оно рассматривается как лечение, способное искоренить рак. Но перенести последующую химио- и радиотерапию, возможно, будет труднее, особенно если она назначается как профилактическое лечение тем пациентам, которые в остальном чувствуют себя хорошо. Как показали исследования, мастэктомия связана с высокими уровнями тревоги и депрессии [Morris et al, 1977; Maguire et al, 1978; Grandi et al, 1987], причем до четверти обследованных женщин оставались в состоянии депрессии в течение года после такой операции. Тем не менее, у пациентов, подвергшихся лампэктомии, наблюдается такая же распространенность психологических проблем, как и у пациентов, подвергшихся мастэктомии. Около 25–50% пациентов, подвергшихся колосто-

мии, испытывают психологические проблемы [Devlin et al, 1971; Wirsching et al, 1975; Eardley et al, 1976]. Высокие показатели депрессии и проблемы, связанные с профессиональной деятельностью, наблюдались у людей, подвергшихся ларингэктомии [Barton, 1965; Drummond, 1967].

Радиотерапия обычно вызывает тошноту и усталость [Peck, 1972; Greenberg et al, 1992], а иногда эти симптомы трудно отличить от летаргии (т.е. сильной вялости), испытываемой при депрессивных реакциях. Возбуждение, отмена, отказ от участия в лечении и нереалистичные ожидания от лечения указывались как предикторы неудачного результата при радиотерапии [Schmale et al, 1982]. В относительно недавно проведенном исследовании [Montgomery et al, 1999] сообщалось, что 30% пациентов, прошедших курс радиотерапии, соответствовали клиническим случаям расстройства адаптации и/или тревоги и депрессии. Химиотерапия также связана с высокими уровнями тревоги и депрессии — например, у 40% пациентов, как показало исследование, описанное в [Middelboe et al, 1995]. Распространенность психических расстройств может быть меньшей, если химиотерапия проводится для достижения симптоматического улучшения, как, например, при раке легких [Hughes, 1985], а не как профилактическое лечение.

Систематическое изучение психологической морбидности у пациентов с диагнозом рака дает полезные статистические данные. Но ничто не может так ярко передать, что именно чувствуют пациенты, как их собственные описания. Так, 57-летний мужчина описал, что он почувствовал, когда узнал, что у него развился рак легких, следующим образом:

“Поначалу я не смог этого принять. Я просто не верил этому... Я весь оцепенел, а затем подумал, что врачи, возможно, ошиблись, ведь об этом постоянно пишут. Но в глубине души я осознавал, что у меня рак... Поначалу я сильно испугался, а затем почувствовал себя весьма подавленным. Я замкнулся в себе и не хотел никого видеть. Я не мог сказать своей жене, что я чувствовал, и не могу этого сказать до сих пор.”

36-летняя женщина подверглась мастэктомии, а затем и химиотерапии, после чего она долгое время принимала тамоксифен. Через 18 месяцев в ее грудной клетке были обнаружены метастазы. Вот как она описала свое самочувствие:

“Трудно описать, что я чувствовала. Конечно, это был страх, ужасное страдание, беспомощность. Мне впервые было довольно плохо... Я прошла всю химиотерапию и думала, что вылечила свою молочную железу, но теперь оказалось, что это было напрасно.”

Нарушенные отношения

Помимо тревожного и депрессивного состояния, пациенты сообщали о других трудностях в своей жизни, особенно о сексуальной дисфункции (см. например, [Morris et al, 1977; Andersen, 1986; Northouse et al, 1998]). Влияние рака на супружеские и прочие интимные отношения будет отчасти зависеть от прежнего качества этих отношений. Воздействие рака нередко обостряет существовавшие до него трудности в отношениях между людьми. Например, мужчинам, которые воспринимают болезнь как слабость и которым приходится руководить другими людьми или избегать столкновений с ними, труднее совладать с тем, что у их супруги рак молочной железы, и это подрывает супружеские отношения [Carter et al, 1993]. С другой стороны, прежние близкие отношения редко нарушаются и могут даже стать еще более близкими, поскольку угрожающий жизни рак вынуждает обоих партнеров осознать, насколько они важны друг для друга [Morris et al, 1977; Zucchero, 1998]. Хорошие супружеские отношения способны гасить стресс, вызванный диагнозом, и ассоциируются с меньшим психологическим дистрессом пациента [Rodrigue and Park, 1996].

Менее распознаваемым, чем супружеские проблемы, но не менее важным является эффект влияния рака молочной железы на отношения между матерями и дочерьми [Lichtman and Taylor, 1986; Wellisch et al, 1992; Zahlis and Lewis, 1998]. В частности, матери юных дочерей сообщали о драматических отторгающих реакциях последних. Вот как это описала своими словами одна мать с диагнозом рака молочной железы:

“Моя дочь не пожалела сил, чтобы мне стало еще труднее. Когда она ходила на кухню, то превращала все в полный беспорядок, зная, что я не могу после нее прибраться. Однажды вечером она просто ушла, оставив записку, что покидает дом. Мы не знали, где она была, и я была в полной истерике.”

[Lichtman et al, 1985]

Сексуальная дисфункция

Распространенным, но недостаточно осознаваемым осложнением онкологического диагноза являются сексуальные проблемы [Schover, 1998]. Сексуальная дисфункция может возникнуть вследствие тревоги и депрессии, вызванной онкологическим заболеванием, а может появиться и в результате психологической и физической травматизации после таких ви-

дов лечения, как хирургическое вмешательство, стома, хирургическое повреждение нерва, радикальная лучевая терапия органов таза, а также из-за побочных эффектов химиотерапии и гормонального лечения.

64-летний мужчина, подвергшийся колостомии после хирургического лечения рака толстой кишки, описал свою депрессию следующим образом:

“По правде говоря, доктор, я был в депрессии после операции в феврале [т.е. 8 месяцев назад]. Не думайте, что я не был благодарен хирургу, ведь он сделал все, что мог, вырезав раковую опухоль. Я просто ненавижу этот калоприемник и не могу к нему привыкнуть. Ведь я боюсь, что он протечет или будет издавать неприятные запахи. Я никуда не хожу и ничего не делаю. [Как к этому относится ваша жена?] Ну, она относится к этому очень хорошо... Хотя, честно говоря, об этом трудно говорить, но я уже не мужчина. Моя жена говорит, что это не имеет значения, но я знаю, что имеет. Ведь она намного моложе меня, и у нас всегда была хорошая сексуальная жизнь. А теперь все это уже в прошлом [у него появились слезы на глазах].”

42-летняя женщина описала свои чувства через год после мастэктомии таким образом:

“Я больше не полноценная женщина. Мой партнер пытался разуверить меня в этом, но я чувствую себя такой непривлекательной... Я выгляжу ужасно. Поглядев однажды на шрам, я быстро отвернулась от зеркала. С тех пор я больше не смотрела на свою грудь. Когда я принимаю ванну, то прикрываю верхнюю половину своего тела. Я никогда не позволяла Джиму видеть меня голой, и мы не занимались любовью после операции, а это вносит большое напряжение в наши отношения. Джим говорит, что любит и хочет меня, но я не могла бы вынести, если бы он дотронулся до меня и увидел, как я теперь дурна собой.”

В литературе по осложнениям при лечении рака темы сексуального функционирования за редким исключением вообще игнорируются или же им уделяется недостаточно внимания. По-видимому, многим практикующим врачам неудобно обсуждать подобные вопросы в контексте рака, а многие пациенты, особенно старшего возраста, слишком смущаются говорить на эту тему. Такое смущение нетрудно преодолеть, если практикующие врачи будут регулярно спрашивать о сексуальной функции при оценивании качества жизни своих пациентов. Получить сведения о сексуальной дисфункции важно по двум причинам. Во-первых, подобные сведения могут привести к разработке таких нейросберегающих хирургических процедур, как, например, замена абдоминально-перинеальной резекции

низкой резекцией, сохраняющей сфинктер при ректальном раке [Williams and Johnston, 1983]. И во-вторых, сексуальная дисфункция поддается ныне эффективному лечению во многих случаях (см. главу 11).

Острые состояния спутанности

До сих пор мы описывали, по существу, хронические психические расстройства у онкологических пациентов. И хотя острые расстройства меньше распространены, они все же могут возникать в форме состояний спутанности. В этом случае пациенты становятся беспокойными, подозрительными, шумными, гневными и растерянными. У них нарушается концентрация внимания, память, ориентация во времени и пространстве, а их поведение отклоняется от обычной нормы в пределах от депрессии до эйфории. Состояния спутанности зачастую обостряются ночью, и наиболее распространенной их причиной служат опиоидные анальгетики. К другим причинам подобных состояний относятся стероиды, некоторые химиотерапевтические вещества (например, цисплатин, интерферон и винкристин), первичные и вторичные опухоли головного мозга, а также энцефалопатия вследствие таких нарушений обмена веществ, как гиперкальциемия и нарушения баланса электролитов, карциноидные опухоли и паранеопластические синдромы. Состояние спутанности особенно распространено у пациентов с более поздними стадиями рака. Приблизительно в 50% всех случаев определить причину состояния спутанности не удастся [Bruera et al, 1990].

Намного более распространенными психическими расстройствами являются состояния тревоги и депрессии, обусловленные эмоциональным воздействием первичного рака и его рецидивом. Но на практике зачастую оказывается нелегко отделить эмоциональное воздействие рака от побочных эффектов его лечения. Очевидным тому примером служит развитие рака молочной железы у женщины, для которой психологическая травма из-за того, что она узнала о наличии у нее рака, может быть усугублена печалью по поводу утраты целой груди или ее части.

В этой связи важно отметить, что приблизительно у двух третей пациентов с онкологическим диагнозом хронические психические расстройства не развиваются. В клинической практике очень часто бывает так, что психологические реакции двух человек с диагнозом одинаковой формы рака на той же самой стадии будут отличаться при прохождении одного и того же курса лечения. Ниже приведены характерные тому примеры.

Бетти, 41-летняя замужняя женщина, работавшая компьютерным оператором, заметила опухоль на своей груди, когда принимала душ. Она проконсультировалась у своего семейного врача, который направил ее в онкологическое отделение, где ей поставили диагноз рака молочной железы. После первоначального шока от поставленного диагноза она стала тревожиться, печалиться, плакать и обнаружила, что ей трудно заснуть. Но через три недели после операции, начала курса химиотерапии и приема тамоксифена тревога и депрессия Бетти ослабла, и она сообщила, а ее муж подтвердил, что она вполне справляется со своим недугом и снова стала такой же, как и была прежде.

Джейн, 43-летняя разведенная женщина, служила социальным работником. И она обнаружила на своей груди опухоль, которая оказалась злокачественной. Как и у Бетти, рак у нее был на ранней стадии и еще не распространился. Джейн прошла точно такой же курс лечения, как и Бетти. Но, несмотря на такие сходства, психологическая реакция Джейн на диагноз рака оказалась совсем иной. Ее все больше стала охватывать тревога и поглощать страх, что рак возобновится, и поэтому она тщательно обследовала свое тело на предмет опухолей от четырех до пяти минут каждый день. Она была напряжена, беспокойна и не могла вести обычный образ жизни из-за навязчивых мыслей о раке. Кроме того, она жаловалась на плохой сон и аппетит. Не меньше одного раза в неделю она консультировалась у своего семейного врача, требуя от него заверений, что рак не возобновился. Когда она впервые обратилась специалистам по психическому здоровью, то находилась в состоянии дистресса около 4 месяцев.

Можно было бы привести немало других подобных примеров. В чем же причина индивидуальных отличий в психологической реакции на онкологический диагноз? Ответ на этот интригующий вопрос имеет важные клинические последствия, поскольку он приводит непосредственно к возможности разработать эффективный метод психологической терапии. Наши собственные труды и усилия других исследователей, особенно эпохальные исследования природы стресса, описанные в [Lazarus and Folkman, 1984], показывают, что основным фактором, определяющим любую конкретную психологическую реакцию пациента, является его восприятие и оценивание угрозы от рака наряду с конкретными навыками совладания, которыми этот человек может воспользоваться, чтобы уменьшить такую угрозу. В этой книге мы подробно исследуем данный вопрос и опишем вытекающую из этого разработку метода психологической терапии, специально предназначенной для онкологических пациентов.

Когнитивная модель адаптации к онкологическому диагнозу

Описания разных реакций Бетти и Джейн на диагноз рака молочной железы, приведенные в предыдущей главе, наглядно показывают центральную роль, которую смысловое значение играет в адаптации к тяжелому заболеванию. Несмотря на то, что обе эти женщины получили благоприятный прогноз своего заболевания, Бетти почувствовала, что сумеет справиться со своим недугом, тогда как Джейн этого не почувствовала. После первоначального периода замешательства и дистресса, Бетти активно занялась своим лечением, веря, что сможет справиться с проблемами, обусловленными раком и излечиться от него.

А Джейн не сумела выбросить рак из своей головы. Она была подавлена мыслями о возможности его рецидива. Все когнитивные модели адаптации и совладания предполагают, что именно наши интерпретации стрессовых событий определяют, каким образом мы реагируем на них [Lazarus and Folkman, 1984; Folkman and Greer, 2000]. Когда одни люди вроде Бетти сталкиваются с раком, они могут рассматривать диагноз как вызов, который они готовы принять. А другие люди вроде Джейн могут видеть в этом столь большую угрозу, что у них будет недостаточно ресурсов, чтобы справиться с ней. И, наконец, третьи люди рассматривают ущерб их здоровью как тот, который уже нанесен и воспринимают рак не как угрозу, а как смертный приговор.

Рак угрожает фундаментальным представлениям о нашей жизни. Глубоко укоренившиеся в нас убеждения о самих себе, окружающем нас мире и наших отношениях неожиданно оказались под вопросом. Если мы верили, что здоровы, то как нам справиться с подтачивающими наше здоровье последствиями химиотерапии? Если мы сильно ценим свой внешний вид, то как нам теперь смотреть на себя после мастэктомии? И что произойдет с ощущением, что мир благодетелен к нам и просто служит местом нашего обитания? Одни допущения, которые онкологический диагноз ставит под сомнение, являются универсальными, а другие — весьма личными. Поэтому мы сочли полезным провести различие между тем воздействием,

которое заболевание оказывает на убеждения по поводу выживания, и тем воздействием, которое направлено на убеждения о нас самих.

Угроза выживанию

Несмотря на то, что нам может быть известно, что у одного из трех людей разовьется рак в какой-то период их жизни, мы обычно действуем так, как будто мы каким-то образом не подвержены этому заболеванию. Люди обычно рассматривают себя жертвами заболеваний, уголовных преступлений и аварий в меньшей степени, чем других людей, и при этом они слишком оптимистичны относительно своего будущего [Perloff, 1983, 1987; Taylor and Armor, 1996]. Большинство из нас испытывают немалые трудности, когда нам требуется вообразить конец нашей жизни. По этому поводу Фрейд писал следующее: “Нам невозможно вообразить свою смерть, и всякий раз, когда мы пытаемся это сделать, то способны воспринять, что на самом деле мы все же существуем как наблюдатели” [Freud, 1953]. Как предполагают некоторые исследователи, мы, как правило, негласно допускаем свою неуязвимость и бессмертие [Janoff-Bulman, 1999]. Мы молчаливо верим, что окружающий мир является просто местом нашего обитания и что он, по существу, подвластен нам. Такие допущения разбиваются об онкологический диагноз. Как отмечено в [Greer, 1985], первоначальная реакция на такой диагноз состоит в том, чтобы рассматривать его как “катастрофическую угрозу, равносильную смертному приговору”.

Начальный период после постановки диагноза отмечен смятением и хаотической путаницей мыслей и чувств. При этом возникает также состояние оцепенения, а иногда и большая сумятица чувств, чередующаяся их притуплением (например, мыслью: “Этого не может со мной случиться”). С когнитивной точки зрения это результат того, что основные убеждения о себе, окружающем мире и будущем подвергаются сомнению. Поначалу пациентам бывает трудно осмыслить происходящее, но через несколько недель или месяцев после постановки онкологического диагноза пациенты начинают находить ответы на три перечисленных ниже жизненно важных для них вопроса о том, что означает выявленное у них заболевание.

1. Насколько велика угроза?
2. Что можно с этим сделать?
3. Каков прогноз на будущее?

Угроза, которую представляет онкологический диагноз, может быть истолкована самыми разными способами (рис. 2.1). Ее можно, например, рассматривать как вызов, как главную угрозу, способную ошеломить или расстроить, или же как вред, утрату или поражение. Существует и четвертая возможность: отрицание или отказ принять вообще существование самой угрозы. Индивидуальное осмысление рака послужит важным фактором в определении способа адаптации к этому заболеванию.

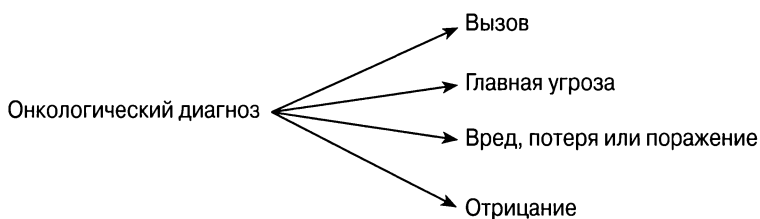


Рис. 2.1. Оценивание диагноза рака

Наглядно показав роль оценок в процессе совладания, исследования, описанные в [Lazarus and Folkman, 1984], в значительной степени способствовали нашему пониманию того, как люди преодолевают стресс. Помимо такого первостепенного оценивания природы стресса, происходит и второстепенное оценивание, которому соответствует второй из перечисленных выше вопросов: Что можно с этим сделать? У пациентов имеются разные убеждения относительно той степени, до которой они или кто-нибудь другой способны управлять процессом заболевания или изменять его. Те пациенты, которые сообщают, что в применении стратегий совладания в качестве попыток контролировать заболевание им удалось обнаружить боевой дух, в большей степени уверены в своем излечении, и поэтому они пользуются более активными стратегиями совладания [Link et al, 2004].

А ответ на третий вопрос: Каков прогноз на будущее? вытекает из ответов на два первых вопроса. Так, если заболевание представляет собой вызов, который можно принять, пациент настроен оптимистично. А если заболевание рассматривается как урон, и пациент чувствует перед его лицом свою беспомощность, то будущее представляется ему довольно мрачным. Образцы мыслей, чувств и поведения, связанные с такими оценками, представляют собой стиль адаптации к заболеванию, вырабатываемый пациентом.

В исследовании, описанном в [Greer and Watson, 1987], были выявлены пять перечисленных ниже общих стилей адаптации к заболеванию.

1. Боевой дух.
2. Избегание или отрицание.
3. Фатализм.
4. Беспомощность или безнадежность.
5. Тревожная озабоченность.

Боевой дух

В этом случае пациент рассматривает болезнь как вызов, имея положительное отношение к ее последствиям. Он задействует различные виды поведения, в том числе поиск подходящих, но не чрезмерных сведений о заболевании, активное участие в восстановлении своего здоровья, а также стремление вести обычный для себя образ жизни, насколько это вообще возможно. Если диагноз воспринимается как вызов, то пациент может в какой-то степени контролировать стресс, и тогда прогноз на будущее рассматривается как оптимистический.

Ниже приведены типичные примеры заявлений пациентов, обладающих боевым духом.

- “Я не заостряю внимание на своей болезни”.
- “Я стараюсь и дальше вести свою жизнь, как и прежде”.
- “Я рассматриваю свою болезнь как вызов”.
- “Я не сижу совсем без дела, чтобы не думать об этом”.

Избегание или отрицание

В этом случае пациент отрицает воздействие болезни. Угроза, которую несет диагноз, сводится к минимуму, и поэтому вопрос самоконтроля оказывается неуместным, а прогноз на будущее рассматривается как благоприятный. Отрицающее отношение к диагнозу сопровождается поведением, сводящим к минимуму воздействие болезни на жизнь пациента. Ниже приведены типичные примеры заявлений таких пациентов.

- “Они просто прооперировали мою грудь в качестве меры предосторожности”.
- “В этом не было ничего серьезного”.

Более сознательная форма такого стиля адаптации к болезни, называемая *позитивным избеганием*, поощряется при адьювантной психологической терапии. Она включает в себя попытку вернуться к обычной жизни, не думая о раке и отвлекаясь от него.

Фатализм

В этом случае пациент считает, что диагноз представляет относительно небольшую угрозу, создавшуюся ситуацию можно не контролировать, а последствия от недостатка такого контроля могут и должны быть приняты с невозмутимостью. У пациентов появляется отношение пассивного принятия, тогда как активные стратегии борьбы с раком у него отсутствуют. Ниже приведены типичные примеры заявлений таких пациентов.

- “Все в руках врачей, Бога, судьбы”.
- “Я неплохо пожил, а то, что мне осталось, — дополнительное вознаграждение”.

Беспомощность или безнадежность

При таком стиле адаптации к болезни пациент подавлен и поглощен чудовищностью угрозы от рака. Его внимание может быть сосредоточено на надвигающейся утрате жизни или болезни как поражении. Диагноз рассматривается пациентом как основная угроза, урон или поражение, и он убежден, что никоим образом не может контролировать создавшуюся ситуацию, а воспринимаемые негативные последствия переживаются им так, как будто они уже наступили. У такого пациента отсутствуют активные стратегии борьбы с раком, а другие привычные для него занятия могут быть сокращены. Пациент, по существу, сдается. Ниже приведены типичные примеры заявлений беспомощных и потерявших всякую надежду пациентов.

- “Я не могу ничем себе помочь”.
- “Какой смысл продолжать дальше?”

Тревожная озабоченность

В таком стиле адаптации к болезни преобладающим чувством является тревога, а поведенческой составляющей — побуждение искать утешение. Немало времени тратится на беспокойство по поводу возможного возоб-

новления болезни, а любые физические симптомы сразу же распознаются как признаки нового заболевания. Утешение ищется путем самостоятельного обращения к врачу, обращения к представителям нетрадиционной медицины и чрезмерного поиска сведений о раке. Поставленный диагноз представляет основную угрозу, пациент не уверен в возможности контролировать создавшуюся ситуацию и видит будущее непредсказуемым. Ниже приведены типичные примеры заявлений тревожно озабоченных пациентов.

- “Меня беспокоит, что рак возобновится или станет еще хуже”.
- “Мне трудно поверить, что это случилось со мной”.
- “Я вряд ли справлюсь, не зная, что сулит мне будущее”.

Стиль адаптации и психологическое самочувствие

Существует немало доказательств, что отношение пациента к раку связано с общей психологической адаптацией к нему. На ранней стадии рака оптимистический взгляд в будущее ассоциируется с улучшением качества жизни у людей с диагнозом рака молочной железы [Carver et al, 1993], головы и шеи [Allison et al, 2000] и предстательной железы [Roesch et al, 2005], а боевой дух, проявляющийся у пациентов, неизменно коррелирует с пониженными уровнями тревоги и депрессии [Watson et al, 1988, 1990]. Женщины с диагнозом рака молочной железы, у которых более развито восприятие контроля над болезнью, демонстрируют образцы лучшей адаптации к ней [Taylor et al, 1984]. И, наконец, с этим согласуется следующий вывод: активные, проблемно-фокусированные способы совладания ассоциируются с лучшей адаптацией, а использование избегания — с худшей адаптацией [Heim et al, 1997; Roesch et al, 2005].

В одном интересном исследовании студенток женского колледжа, набравших высокие баллы по показателю надежды, попросили представить себе, как бы они совладали с онкологическим диагнозом. Они были больше осведомлены о раке, и поэтому они описали более обнадеживающие реакции совладания с ним, чем те студентки колледжа, которые, в общем, набрали меньше баллов [Irving et al, 1998]. Пациенты с онкологическим диагнозом, адаптирующиеся к нему в стиле беспомощности и безнадежности или тревожной озабоченности, будут с большей вероятностью подвержены депрессии или тревоге [Osborne et al, 1999].

Угроза себе

Для некоторых людей самой пугающей стороной онкологического диагноза является не угроза постепенного угасания, а то влияние, которое это заболевание оказывает на их жизнь. Совладать с осложнением болезни иногда может быть даже труднее, чем с боязнью смерти. Симптомы рака могут быть такими же болезненными и изнуряющими, как и симптомы многих других заболеваний, а его лечение может также причинить страдание. На рис. 2.2 приведено простое схематическое представление самых настоящих негативных последствий онкологического диагноза.

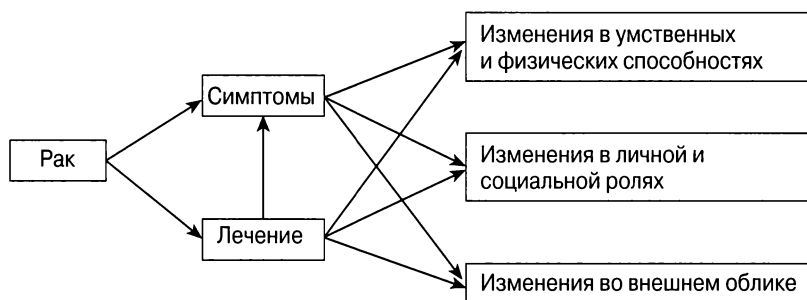


Рис. 2.2. Негативные последствия диагноза рака

Симптомы заболевания и его лечение могут вызывать неприятные негативные реакции самыми разными путями. В частности, они могут вызвать боль, слабость и вялость, тошноту и рвоту, нарушение концентрации и подвижности, а эти физические проявления, в свою очередь, — полностью нарушить привычный уклад жизни пациента. Полезные некогда занятия придется сократить или даже оставить, иногда навсегда. Это не просто распространяется на особые виды деятельности, но также может привести к основательным изменениям \ социальной роли пациента. Так, работу, возможно, придется оставить, а для более молодых пациентов выполнение многих родительских обязанностей может оказаться слишком обременительным.

В результате физической неспособности и поведенческих ограничений, возможно, придется откорректировать семейные обязанности, как самого пациента, так и членов его семьи. И даже если пациент относительно здоров, лечение иногда коренным образом изменяет его внешний вид: от выпадения волос вследствие радиотерапии и химиотерапии до необра-

тимых изменений после хирургического вмешательства. Так, выпадение волос ассоциируется с депрессией, утратой уверенности и стыдом, а некоторым женщинам с диагнозом рака молочной железы это может принести даже больше страданий, чем потеря груди. Это наиболее пугающий побочный эффект химиотерапии для 56% женщин, и по этой причине не менее 8% женщин могут на свой страх и риск отказаться от химиотерапии [Freedman, 1994]. Хирургия рака молочной железы может иметь долгосрочные негативные последствия [Harcourt and Rumsey, 2001]. В одном исследовании было обнаружено, что через 6 месяцев после мастэктомии 63% подвергшихся ей женщин не испытывали никаких неудобств, когда были полностью одеты, но лишь 21% из них чувствовал себя комфортно, когда они были раздеты [Harcourt et al, 2003]. Обзор влияния рака молочной железы на представление пациентов о внешнем виде их тела был опубликован в [Moorey, 2007].

Как и при угрозе смерти, именно оценивание подобных влияний онкологического заболевания формирует эмоциональную реакцию пациента. Большинство мужчин, хотя и далеко не все из них, способны принять облысение как побочный эффект химиотерапии, поскольку быть лысым — социально приемлемое состояние для мужчины. Но женщины, для которых внешний вид имеет намного большее социальное значение, рассматривают выпадение волос как гораздо большую угрозу их представлению о себе [Freedman, 1994]. Другие последствия рака могут оказывать влияние на более индивидуальные системы убеждений, не вписывающиеся в культурные нормы. У женщины, для которой внешний вид имеет первостепенное значение, удаление небольшой опухоли на коже могло бы вызвать крайний дистресс — даже при незначительном рубцевании. А мужчине, для которого работа важнее всего в жизни, трехмесячный период болезни мог бы казаться катастрофическим, даже если бы удалось его заверить, что рак у него излечим.

Таким образом, угрозы, которые рак несет внешнему виду, физическим и умственным способностям и общественной роли пациентов, по-разному воздействуют на них в зависимости от того значения, которое они придают подобным факторам.

То, что мы называем “угрозами себе”, можно было бы иначе назвать “угрозами личностной сфере”. О том, как “эмоциональная реакция человека ... зависит от его восприятия событий как дополняющих, отнимающих, подвергающих опасности или нарушающих его поле деятельности”

подробно написано в [Beck, 1976]. Личностная сфера человека означает те (осязаемые и неосязаемые) стороны его жизни, которые он воспринимает как имеющие непосредственное отношение к нему (например, семью, друзей, имущество, ценности, цели). Авторы исследования, описанного в [Silberfarb and Greer, 1982], выявили четыре наиболее распространенные эмоциональные реакции на рак: тревогу, гнев, вину и депрессию.

Эти реакции возникают в результате специфических интерпретаций пациентами своего онкологического диагноза, и поэтому их можно рассматривать как интерпретации специфических угроз личностной сфере.

Тревога

Ключевыми элементами тревоги являются *опасность* и *уязвимость*. Оба эти элемента требуются для интерпретации человеком создавшейся ситуации, если он испытывает тревогу. В частности, опасность присутствует в том случае, если ситуация воспринимается как угрожающая физическому самочувствию или социальному благосостоянию человека, тогда как уязвимость описывается как ощущение нехватки ресурсов, чтобы справиться с угрозой. Оценивая риск, мы принимаем во внимание вероятность наступления негативного события, а также степень ущерба, который оно могло бы нанести. Даже малая вероятность повторного наступления негативного события может оказаться недопустимой, если его последствия рассматриваются как ужасные и страшные. Ресурсы, имеющиеся для того, чтобы справиться с угрозой, ослабят тревогу. Так, если мы верим, что онкологи способны вылечить нас от рака, в таком случае мы почувствуем меньшую тревогу. Но если мы не доверяем им, то угроза возрастет. А если нам трудно поверить в свои способности преодолеть угрозу, это также увеличит нашу боязнь.

Как мы уже убедились, люди с онкологическим диагнозом боятся не только смерти. Вероятность ухудшения физического здоровья, телесных изъянов или инвалидности может служить источником большой тревоги. Пациенты, испытывающие приступы паники, могут посчитать, что телесные симптомы, которые они переживают, означают надвигающееся сумасшествие. Так, матерей, чрезмерно опекающих своих детей, может озаботить, как их дети справятся с трудностями, если они умрут, тогда как люди, излишне полагающиеся на собственные силы, могут запаниковать от одной лишь мысли о потере самоконтроля, которую подразумевает их заболевание.

Гнев

Ключевым элементом в данном случае является *неоправданное нападение*. Гнев возникает в том случае, если человек считает, что его личностная сфера каким-то образом подверглась нападению. Это может быть прямое посягательство на его физическую безопасность или самооценку, а может быть и не прямое посягательство на определенные правила или ценности, которыми человек дорожит. Гневный человек озабочен, главным образом, несправедливостью стоящей перед ним угрозы, тогда как встревоженный человек больше озабочен возможными последствиями угрозы его личной безопасности. Сосредоточение внимания на грядущей боли и неспособности совладать с нею создает тревогу. А если пациент считает, что врачу не удастся контролировать боль или что он несправедливо страдает в своей жизни, то он станет гневаться с большей вероятностью. Такое чувство, будто (личный или безличный) фактор задевает пациента, по-видимому, является одной из основных предпосылок для проявления реакции гнева. Люди могут разгневаться на Бога за то, что он не спасает их, или на своих партнеров за то, что они не оказывают им надлежащую поддержку. Наличие болезни может заставить одних людей замечать страдания других людей, а следовательно, вызвать у них гнев по поводу урезания расходов на здравоохранение или детской смертности, как если бы это затронуло их непосредственно.

Сосредоточивая свое внимание на внешних нарушениях его прав, гневный человек меньше думает о личной уязвимости или несовершенстве. При этом можно замкнуться в состоянии гнева, предоставив себе форму защиты от некоторых более неприятных последствий самого заболевания. Так, женщина, у которой был гормонозависимый рак молочной железы, постоянно жаловалась на то, что она не получает именно то лечение, на которое она, как ей казалось, была вправе рассчитывать, в частности, на гормональную терапию и консультирование. Вполне возможно, что она руководствовалась следующим правилом: “Я вправе рассчитывать на самое лучшее лечение, какое только имеется, и если я его не получаю, то лишь потому, что мне намеренно в нем отказывают”. Ее враждебная стратегия проявлялась в том, что ей удавалось мобилизовать свои силы на борьбу с болезнью, а также стараться не сосредоточиваться чрезмерно на ее последствиях.

Нелегко принять решение о том, является ли убеждение адекватным или нет и его нельзя сделать просто на том основании, что это убеждение иррационально.

В упомянутом выше случае гнев женщины можно было бы рассматривать как имеющий адаптивные и неадаптивные функции. На самом деле некоторые исследования предоставили доказательства того, что столь “враждебно настроенные пациенты”, которых врачи нередко называют “трудными”, имеют более длительную выживаемость, чем более покладистые пациенты [Derogatis et al, 1979]. А с другой стороны, исследования, описанные в [Taylor et al, 1984], показали, что женщины с диагнозом рака молочной железы, винившие во всем других, имели худшую психологическую адаптацию к своему заболеванию. Уныние и страхи пациентов являются эмоциями, социально приемлемыми для их родных, но гнев преподносит им больше проблем.

Вина

Ключевым элементом в данном случае является *самообвинение*.

Виноватый, как и гневный человек озабочен пропорциональным распределением вины. Если важное правило нарушено, значит, кто-то должен за это отвечать. Отличие здесь состоит в том, что виноватый человек винит в этом себя. Вина зачастую существует как часть общей депрессивной картины. Но она может появляться независимо, и когда это происходит, то нередко приводит к тому, что человек пытается осмыслить свое переживание.

Ища объяснение своему заболеванию, люди с онкологическим диагнозом могут решить, что они сами навлекли его на себя, и тем самым они наказаны за какой-то грех или преступление. Если они смогут найти какой-то способ искупить свой грех или обрести контроль над заболеванием, то им, возможно, удастся преодолеть свою вину. Но если им не удастся этого сделать, они могут заикнуться на прошлом, раздумывая над тем, как они разрушили свою жизнь (например, рассуждая следующим образом: “Если бы только я не сделал(а) этого, то не заболел(а) бы”). Мысли вроде “Я навлек(ла) это на свою семью” приводят к чувству вины и угрызениям совести по поводу влияния рака на других. Если онкологический пациент поставил себе за правило отвечать за то, что чувствуют близкие ему люди, или же за то, чтобы члены его семьи не чувствовали себя несчастными, то он может винить себя в том, что у него рак. Вместо того чтобы обвинить заболевание в страданиях членов своей семьи, онкологический пациент может несправедливо обвинять в этом себя.

Уныние и депрессия

Ключевым элементом в данном случае является *утрата* или *поражение*. Предметом уныния является утрата чего-либо, касающегося личностной сферы. Утраты от онкологического диагноза самоочевидны — это и потеря частей тела, сил и жизнеспособности, а также лишение ценной роли.

Настоящие потери, возникающие в результате объективных последствий заболевания, лишь вызывают подавленное настроение, если они воспринимаются пациентом как важные. Выпадение волос не так важно для того, кто придает мало значения внешнему виду, а возможность бросить работу может только приветствоваться некоторыми людьми. И только в том случае, если утрата угрожает личностной сфере, она порождает уныние.

Если такие реакции становятся неизменным способом взгляда на свою личность, они становятся неотъемлемой частью представления человека о себе.

Обработка информации при заболевании раком

Как только установится негативное представление о заболевании и его воздействии на пациента, оно стремится стать устойчивым. Как правило, мы немного склоняемся в сторону позитивной информации. Авторы исследования, описанного в [Taylor and Armor, 1996], предполагают, что когда человек сталкивается с негативными или угрожающими событиями, позитивная самооценка, самоконтроль и оптимизм относительно будущего подвергается сомнению. И тогда делается попытка восстановить или усилить позитивное восприятие, что приводит к “позитивным иллюзиям” перед лицом напасти. Например, пациенты, имеющие болезнь сердца или СПИД, обычно сравнивают себя с пациентами, которых они рассматривают более несчастными, чем они сами [Helgeson and Taylor, 1993; Taylor et al, 1993].

Люди, проявляющие боевой дух, могут более оптимистично смотреть на свой прогноз, чем это следовало бы делать в конкретных обстоятельствах. Хотя это нередко воспринимается как желание считать стакан скорее наполовину наполненным, чем наполовину пустым, т.е. иметь *иллюзорное* представление о сложившейся ситуации. Такое стремление представить последствия рака в самом положительном свете для самовосприятия, самоконтроля и представления о будущем обычно связывается с лучшей адаптацией и более активным стилем преодоления [Taylor and Armor, 1996].

Если у людей, показывающих хорошую психологическую адаптацию, может присутствовать склонность к позитивному подтверждению своей точки зрения, то у людей, проявляющих недостаточно адаптивные стили, очевидно, может присутствовать негативная предвзятость. По их негативной схеме информация обрабатывается таким образом, чтобы поддерживать их негативное представление о них самих или их выживании. Онкологические пациенты, которые стали депрессивными или тревожными, искажают информацию подобно тому, как это делают другие депрессивные или тревожные пациенты. Такое когнитивное искажение информации продемонстрировали многочисленные исследования (см., например, [Clark and Steer, 1996]). Процесс искажения информации в негативную сторону нередко сопровождается систематическими логическими ошибками или когнитивными искажениями, наиболее распространенные среди которых идентифицированы в исследовании, изложенном в [Beck et al, 1979], и описаны ниже.

Мышление в стиле “все или ничего”

При таком типе когнитивного искажения события рассматриваются как черные или белые, т.е. без всяких оттенков серого. Например, пациент может прийти к выводу, что он мог бы вполне сдать и умереть, поскольку рак у него неизлечим. В этом случае заболевание воспринимается либо как излечимое, либо как смертельное, тогда как, в действительности, ремиссия может продолжаться месяцами или даже годами (ремиссия — отсутствие клинических признаков болезни). Рассуждая столь категорично, спортивный человек мог бы прийти к такому заключению: “Если я не вполне гожусь для игры в футбол, то ничто больше не может доставить мне удовольствие”.

Выборочное абстрагирование

В этом случае человек выбирает часть доступной информации, соответствующей его преобладающей когнитивной установке. Когда такому тревожному человеку объясняют порядок лечения, он может услышать, что оно болезненно и неприятно, но при этом он уделит меньше внимания тому обстоятельству, что предлагаемое лечение имеет больше шансов на успех. А женщина, находящаяся в подавленном настроении с диагнозом рака молочной железы, уделит все внимание потере своей груди, но мало внимания тому обстоятельству, что для ее мужа она будет по-прежнему сексуально привлекательной.

Произвольный вывод

Неопределенность, окружающая онкологический прогноз, означает, что нередко имеется недостаточно фактов, на которых можно основывать суждения о будущем. Пациенты могут по-прежнему делать произвольные выводы о том, что заболевание неизбежно возобновится и убьет их. Подобно поспешным выводам, пациенты делают произвольные выводы о мыслях и побуждениях других людей (чтение мыслей). Так, невинные взгляды родных истолковываются как признак того, что им известно что-то плохое, но они об этом ничего не говорят.

Чрезмерное обобщение

При таком типе когнитивного искажения одиночное негативное событие рассматривается как вечная закономерность. Например, после возвращения из больницы у женщины с диагнозом рака яичников случается первая ссора с ее мужем. В итоге она обращается к себе с такой мыслью: “Мы никогда не перестанем ссориться — нашему браку пришел конец”.

Навешивание ярлыков

Когда навешивают ярлыки, то пренебрегают тем фактом, что люди — сложные натуры. Вместо этого о них судят с точки зрения единой глобальной конструкции. Такие утверждения, как “Я просто хронический инвалид” или “Медсестры просто ангелы”, указывают на то, что имеет место навешивание ярлыков.

Преувеличение и преуменьшение

При таком типе когнитивного искажения определенные части поля восприятия расширяются или сокращаются в перспективе, чтобы соответствовать когнитивной установке человека. Например, при депрессии шансы на ремиссию от рака могут быть преуменьшены в воображении человека. Так, если женщина отрицает свои проблемы со здоровьем, то тем самым она преуменьшает серьезность симптомов, рассуждая, например, следующим образом: “Они удали мою грудь лишь из предосторожности”, тогда как тревожный человек может преувеличить боль от инъекции.

Подобные ошибки мышления приводят к тому, что онкологический пациент неверно интерпретирует свое заболевание или предвзято судит о нем. У людей со стилем недостаточной адаптации к болезни такие искажения в обработке информации порождают *негативные автоматические*

мысли. Это идиосинкратические, реалистичные мысли, невольно проникающие в наше сознание. Они содержат логические ошибки в рассуждении, но переживающему их человеку они кажутся верными и реалистичными. И зачастую такие мысли могут рассматриваться как иррациональные лишь тогда, когда человек удаляется из стрессовой ситуации. Ниже приведены типичные примеры автоматических мыслей.

- “Я никогда не буду счастлив(а) снова”.
- “Нет смысла бороться — тебя всегда выбьют из колеи”.
- “Я не смогу с этим совладать”.
- “Я ненавижу себя”.
- “Врачи хотят воспользоваться мной как подопытным животным”.
- “Я больше не настоящий мужчина (настоящая женщина)”.

Автоматической мыслью считается образ или мысль, которая совсем не обязательно находится в центре внимания человека, но доступна для его сознания. Такие мысли вместе со связанными с ними эмоциями и поведением являются ключевыми элементами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Методы психодинамической терапии позволяют истолковывать бессознательные процессы и делать выводы о них, а методы когнитивной терапии — использовать осознанные когниции. Мечты могут открыть легкий путь к бессознательному, но мысли открывают двери, ведущие к правилам и системам значений, которые руководят нашими чувствами и действиями.

Мысли, чувства, поведение и физиология

В приведенном до сих пор обсуждении когнициям было отведено центральное место в адаптации к раку. Представление о том, как человек непосредственно воспринимает смысловое значение онкологического диагноза, оказывает влияние на его эмоциональные и поведенческие реакции, особенно на его попытки совладать с этим недугом, но такая взаимосвязь не является просто односторонней. Мысли, чувства, поведение и физические реакции человека находятся в сложном взаимодействии, ни у одной из составляющих которого нет превосходства (рис. 2.3). Например, мысли вроде “Какой смысл? Мне никогда с этим не справиться, это безнадежно” не только усиливают испытываемые человеком ощущения депрессии, но и ослабляют его мотивацию, и поэтому он сдастся, отказываясь от своей

социальной активности. При этом у него оказывается меньше возможностей встречаться с друзьями и родными, но остается больше времени для негативного мышления, он получает меньше удовольствия, и поэтому он находит подтверждение своим безнадежным мыслям, а его настроение еще больше ухудшается. Подавленное настроение часто ассоциируется с усталостью и апатией.

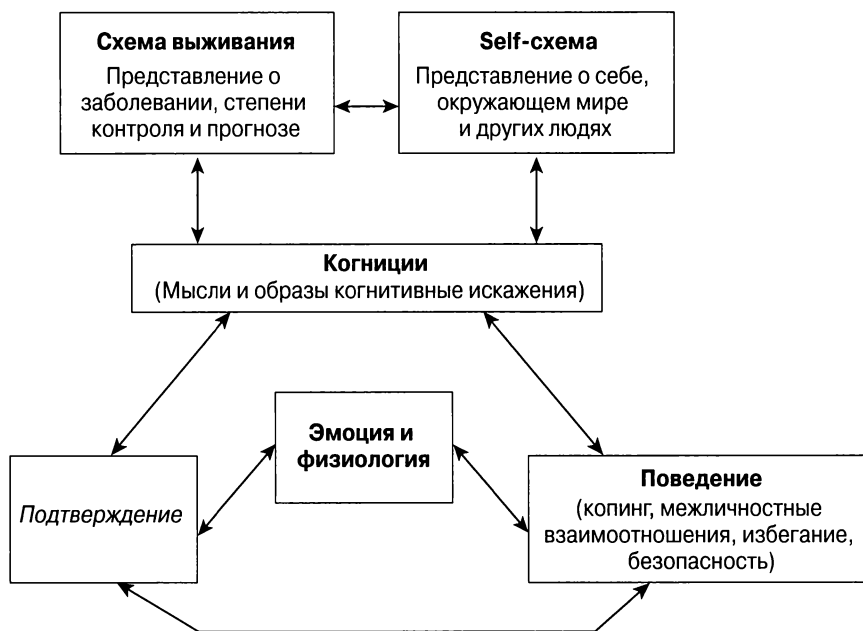


Рис. 2.3. Когнитивная модель адаптации к раку

Такие физические симптомы могут быть неверно истолкованы как свидетельство того, что заболевание ухудшается, а безнадежность и депрессия усиливаются. В главе 4 поясняется, каким образом психические процессы могут оказывать непосредственное влияние на прогрессирование рака.

Роль семьи и друзей

Взаимоотношения онкологического пациента с другими людьми оказывают влияние, как на воздействие последствий этого заболевания, так и на способности самого пациента совладать с ними. Семейные отношения могут претерпеть коренные изменения в результате такого заболевания.

В частности, партнер пациента может отказаться от роли ухаживающего за ним, кормильца или опекуна в семье. И это может иметь более обширные последствия для качества семейных отношений.

Последствия реальных перемен, обусловленных заболеванием, опять же, определяются личностными смысловыми значениями, которые они несут для всех действующих лиц в подобной драме. К их числу относятся смысловые значения боли, слабости и изменение роли не только онкологического пациента, но и других членов его семьи. Таким образом, устанавливаются сложные взаимоотношения между заболеванием и членами семьи, а также между самими членами семьи.

Мысль о том, что социальная поддержка может оградить пациента от некоторых стрессов, обусловленных онкологическим заболеванием, вызвала немалый интерес. Некоторые социальные работники предвидели, что пациенты с кругом общения, имеющим более широкие пределы или обеспечивающим более высокие уровни эмоциональной поддержки, лучше адаптируются к своему заболеванию, и похоже, что этому имеются доказательства [Helgeson and Cohen, 1996]. Зачастую именно степень и качество *ощущаемой* поддержки, а не объективный уровень поддержки имеет наибольшее значение [Bloom, 1986]. При заболевании раком молочной железы социальная поддержка ассоциируется с более положительным переосмыслением создавшейся ситуации и меньшим самообвинением [Kim et al, 2010], в то же время женщины, получающие более эмоциональную и действенную поддержку более обнадежены. Согласно результатам исследований [Brady and Hegeson, 1999] психологический дистресс ассоциируется с постепенно убывающей во времени эмоциональной поддержкой со стороны партнера; также было выявлено, что женщины,отягощенные сильной депрессией неуклонно теряют больше членов из круга своего общения, чем женщины, испытывавшие депрессию, но не отнесшие ее к числу пяти самых главных побочных эффектов рака [Badger et al, 1999].

Способность членов семьи обеспечить эмоциональную поддержку зависит от их собственной реакции на заболевание. С одной стороны, муж, которого пугает лишь одна мысль о раке и который считает, что ничем нельзя помочь, окажется неспособным помочь своей жене бороться с ее заболеванием. А с другой стороны, от мужа, который считает, что за пациентами должен быть соответствующий уход, вряд ли следует ожидать какой-нибудь помощи, что также ограничит способность его жены нормально функционировать. Автор исследования, описанного в [Renneker,

1982], рассказывает о муже, который был так сильно убежден, что рак неизлечим, что приложил все усилия, чтобы воспрепятствовать своей жене пройти курс лечения, которое могло бы оказаться целительным.

Опять же, можно предвидеть, что именно мысли партнера о раке и его роли в семье, определяют его эмоциональную реакцию. Авторы исследования, описанного в [Coursey et al, 1975] обнаружили, что тревога у непосредственных членов семьи нередко оказывается большей, чем у самих пациентов. Партнер испытывает те же самые реакции на рак, что и пациент, но необходимость обеспечить поддержку нередко мешает ему открыто выразить свои чувства. В ходе лечения пациент, возможно, окажется не в состоянии больше выполнять свою обычную роль в семье, и поэтому нагрузки на его партнера могут возрасти. Иногда это выражается в наблюдаемой депрессии или тревоге партнера, но чаще всего проявляется в виде осложнений межличностных отношений.

Например, пациентка с легочными метастазами от рака молочной железы всегда была доминирующим партнером. Усилившаяся у нее одышка и физическая недееспособность бросала ее мужа в панику. Чтобы как-то возместить этот недостаток, он стал идеальной сиделкой, постоянно находясь у ее постели, уделяя внимание каждой ее потребности. Но периодически у него возникала потребность быть зависимым, и тогда он падал духом. В итоге его жена возобновляла на краткое время свою доминирующую роль в семье до тех пор, пока цикл не повторялся. И такое неудовлетворительное положение дел продолжалось вплоть до ее смерти.

Еще один способ, который партнеры используют для совладания со стрессом, состоит в том, чтобы цепляться за те образцы поведения, которые применялись до постановки диагноза рака, отказываясь изменить свои привычки и притворяясь, будто ничего не изменилось. Так, муж женщины с диагнозом рака молочной железы привычно реагировал на стресс и конфликт, избегая их и пренебрегая ими. Он, в частности, отказался навещать свою жену в больнице, а когда она вернулась домой, он не проявил никакого снисхождения к ее заболеванию, ожидая, что она будет смотреть за домом и детьми, как и прежде. И хотя она не была тяжело больной физически, она все же чувствовала себя усталой и напуганной. Его неспособность повернуться лицом к болезни означала, что ей некому было помочь, чтобы справиться со своей эмоциональной ношей. Кроме того, он ожидал, что она будет и дальше исполнять свои ежедневные обязанности без всяких изменений, несмотря на ее усталость.

Еще одна проблема возникает в том случае, когда заболевание нарушает равновесие сил или разделение обязанностей в межличностных отношениях. В результате такого нарушения у обеих сторон может возникнуть недовольство.

Ранее уже описывалось воздействие рака на половую функцию. Онкологические пациенты нередко воспринимают себя менее привлекательными сексуально, а точнее, видят себя обладающими меньшей потенцией или женственностью. Подобные проблемы усугубляются, если существуют трудности в общении. Типичным тому примером служит муж, не инициирующий занятия любовью после того, как его жена подверглась мастэктомии, поскольку он не уверен, что она чувствует себя достаточно хорошо. Если он не объяснит причины своей холодности, его жена может неверно истолковать его поведение как признак того, что он больше не находит ее сексуально привлекательной. Когда он все же проявляет интерес к сексу, она резко отказывает ему, задевая его самолюбие и делая еще менее вероятным, то, что он инициирует физическую близость с ней в дальнейшем.

Изменения в заболевании способны усугубить существующие трудности в супружеских отношениях, но и их можно объяснить с когнитивной точки зрения. Супружеские пары нередко действуют на основании нереальных правил или убеждений друг о друге. Например, у человека может быть такое убеждение: “Мой партнер должен знать, что для меня важно, даже если я этого ему (или ей) не говорю”. В начале заболевания такая система убеждений проявляется со всей очевидностью, поскольку теперь возникает немало новых ощущений и симптомов, о которых партнеру, как ожидается, должно быть сразу же известно и которые он должен быть в состоянии прочесть в своем партнере.

Не только близкие пациенту люди, особенно его партнер и члены семьи, но также врачи и медсестры оказывают значительное влияние на эмоциональное состояние пациента. В некоторых случаях взаимоотношения с чужими людьми и знакомыми могут иметь не меньшее значение. Например, в одном исследовании, описанном в [Fichten, 1986], где оценивались мысли, возникающие в присутствии физически неполноценного, недостаточно знакомого человека, было обнаружено, что в такой ситуации нарастала тревога, проявлялись негативные мысли об этом человеке, а уверенность в собственных силах уменьшалась по сравнению с взаимоотношениями со здоровым человеком. Аналогичные процессы, вероятно, происходят и в том случае, когда здоровые люди встречаются с другими людьми, больны-

ми раком, особенно если очевидна их физическая неспособность. Ощущение неловкости и неудобства может привести к сокращению контактов со знакомыми, больными раком, в результате чего возникает их социальная изоляция.

Примечательно, насколько хорошо многие родственники переносят бремя, которое рак накладывает на них. В некоторых случаях супружеские отношения могут фактически улучшиться в результате появления рака у одного из супругов [Hughes, 1987]. И, несмотря на связанное с этим непомерное напряжение, частота разводов среди долго живущих больных раком оказывает не выше, чем у обычных людей [Fobair et al, 1986]. Следовательно, в рассматриваемой здесь когнитивной модели следует принять во внимание факторы межличностных отношений, оказывающие влияние на реакцию отдельных людей. Все взаимоотношения с семьей, друзьями, коллегами по работе и чужими людьми могут иметь значение. Последовательный ряд взаимоотношений пациента с другими людьми может оказывать влияние на его восприятие настоящих последствий заболевания, а также на его способность совладать с ним. Это гибкий и плавный процесс. Изменение в какой-нибудь одной составляющей системы отношений, будь то ухудшение физического здоровья или отличие в уровне получаемой поддержки, неизбежно оказывает влияние на другие составляющие. Именно такой способ активной когнитивной обработки подобных изменений определяет окончательную психологическую реакцию. В главе 11 будет показано, каким образом эти теоретические основы были использованы для разработки психотерапии, предназначенной для супружеских пар, переживающих стрессы от рака.

Уязвимость к расстройствам адаптации

Несмотря на то что КПТ сосредоточена, главным образом, на реакции отдельного человека на угрозы, которые рак представляет в настоящем, она все же не пренебрегает влиянием *прошлого* опыта на текущие процессы оценивания и совладания. Наши основополагающие убеждения об окружающем мире формируются из детских переживаний. Если нас были хорошие родители, то у нас обычно развивается понимание, будто другие люди готовы помочь и оказать нам поддержку, что окружающий мир является относительно благоприятным местом обитания, где мы можем осуществлять в какой-то степени контроль, и что мы чего-то стоим.

Как указано в исследовании, описанном в [Janoff-Bulman, 1999], такие убеждения неотвратимо изменяются под воздействием травматического опыта. Большинство людей способно адаптировать свое представление об окружающем мире в свете этого нового опыта, чтобы видеть мир благоприятным и в то же время потенциально опасным. Даже через некоторое время после травматических событий, допущения выживших оказываются менее позитивными, чем у общей совокупности населения [Janoff-Bulman, 1992]. Чем более жесткими и абсолютными оказываются такие убеждения о справедливости окружающего мира и его контролируемости, тем труднее внедрить травматические события в представление о мире или его схеме. И это может привести к неожиданной смене ряда убеждений о том, что окружающий мир несправедлив и неконтролируем, а также к выработке стилей недостаточной адаптации, описанных ранее в этой главе.

Когнитивные психологи, основываясь на работе, описанной в [Bartlett, 1932], воспользовались понятием *схемы* как средством, позволяющим объяснить, каким образом окружающий мир осмысливается в психических процессах и как составляются планы действий. Схему можно определить, как “относительно прочную структуру, которая функционирует как шаблон. Она активно отбирает, кодирует, классифицирует и оценивает информацию. По определению она представляет также некоторый соответствующий прежний опыт” [Kovacs and Beck, 1978]. Угроза рака ставит под сомнение схемы, касающиеся самого существования человека и основных убеждений о нем самом, и поэтому человек вынужден видоизменять свои убеждения или вырабатывать новый ряд убеждений.

Не все основные убеждения первоначально оказываются позитивными. Наряду с познанием на опыте, что нас любят и ценят, большинство из нас переживали в своей жизни негативные события, заставлявшие нас сомневаться в своей ценности, компетентности и доверии к другим людям. Если переживание в связи с наличием рака подтверждает эти скрытые сомнения, то дремлющая негативная схема может быть активизирована. Так, если мужчина был свидетелем в детстве постоянных ссор родителей и домашнего насилия, у него может выработаться основное убеждение, что окружающий мир является хаотичным и непредсказуемым местом обитания, где случается и плохое. Но в течение жизни у него может выработаться копинговая стратегия установления контроля, а следовательно, и вторичное убеждение, что если он сумеет контролировать свою жизнь, то будет в безопасности. Непредсказуемость рака несет угрозу столь хруп-

кой копинговой стратегии, и поэтому основные, или базовые убеждения этого мужчины об окружающем мире могут активизироваться снова, а следовательно, привести к развитию беспомощности, безнадежности или тревожной озабоченности. Другие когнитивные психотерапевты выработали аналогичные модели, связывающие прошлые переживания, базовые убеждения и реакции людей на заболевание [Williams, 1997; White, 2001].

Клиническое значение когнитивной модели будет пояснено на протяжении всей второй части этой книги. А двух последующих ее главах дается обзор исследований, касающихся стилей адаптации и эффективности психологической терапии онкологических пациентов.

Резюме

Итак, подведем краткий итог этой главы.

1. Рак — это заболевание, которое представляет серьезную угрозу многим сторонам жизни отдельного человека.
2. Реакции отдельного человека на рак определяются не объективными последствиями этого заболевания как такового, а скорее тем, как они интерпретируются.
3. Эмоциональные реакции определяются конкретной угрозой, которую рак представляет для личностной сферы отдельного человека. Его позитивные убеждения о самом себе, окружающем мире и других людях подвергаются сомнению, и тогда активизируются основные негативные убеждения.
4. Содержание эмоциональных реакций можно объяснить с точки зрения происходящих когнитивных процессов.
5. Адаптация отдельного человека к заболеванию является результатом взаимодействия интерпретации стрессов, вызываемых этим заболеванием, и доступных стратегий совладания с ними.
6. На адаптацию отдельного человека к заболеванию оказывает влияние качество доступной эмоциональной поддержки.

Может ли КПТ улучшить качество жизни

Ныне существует большой объем данных, доказывающих эффективность психологической терапии для онкологических пациентов. Эти данные разнятся от сообщений о клинических случаях до исследований отдельных случаев и вплоть до крупных, хорошо продуманных, рандомизированных контролируемых исследований. Оценивание этих данных вызывает определенные трудности, поскольку не все исследования отвечали на одни и те же изучаемые в них вопросы, а целевые группы пациентов нередко отличались в самых разных аспектах, и поэтому прямые сравнения результатов таких исследований не всегда оказываются возможными. В действительности, вопрос: “Может ли КПТ улучшить качество жизни?” оказывается слишком общим. В большинстве контролируемых исследований тревога, депрессия и адаптация к заболеванию отслеживались как индикаторы качества жизни, но другие факторы вроде межличностного и социального функционирования были изучены не столь тщательно.

Психологическая терапия могла бы иметь большее влияние на одни из этих факторов, чем на другие. Особенности заболевания и группы пациентов могли бы также оказать влияние на эффективность подобной терапии. Во многих исследованиях использовалась смешанная выборка пациентов с онкологическим диагнозом. Такой замысел исследования может скрыть отличия в воздействии лечения на группы пациентов с различным диагнозом, и поэтому выполнить анализ подгрупп удастся лишь при большой выборке. Например, авторы исследования, описанного в [Edgar et al, 1992], обнаружили, что превосходство раннего вмешательства над поздним вмешательством, которое применялось ко всей выборке, не распространялось на пациентов с диагнозом рака молочной железы. Но когда изучается группа пациентов с одним диагнозом, то обобщить полученные результаты на другие группы оказывается не так-то просто. Вторым важным фактором является уровень психологического дистресса. В большинстве исследований все пациенты отбирались без учета психологической морбидности.

Но все же психологическая терапия, по-видимому, приносит больше выгоду тем людям, которые находятся в дистрессе [Sheard and Maguire, 1999]. В самом деле, исследование группы пациентов с диагнозом первичного неметастатического рака молочной железы, прошедших курс психотерапии, показало, что такая терапия не оказала значительного влияния на пациентов, хорошо адаптировавшихся к своему заболеванию, т.е. не находящихся в дистрессе [Vos et al, 2007].

Побочные эффекты лечения и стадия заболевания могут также оказывать влияние на психологическую терапию. Такая терапия может оказать действенную помощь людям, находящимся на ранней стадии заболевания и имеющим благоприятный прогноз, но вряд ли тем, кто болен неизлечимо. В исследованиях изучались люди с разными диагнозами рака и вмешательством на разных стадиях заболевания, и поэтому сравнивать их результаты нелегко, и в то же время выводы из них лишь предварительные. За исключением некоторых исследовательских групп, проводивших систематическое изучение по определенной программе (например, Фаузи (Fawzy) с коллегами, Каннингем (Cunningham) с коллегами и Грир (Greer) с коллегами), в большинстве случаев сообщается о разовых исследованиях, и поэтому наши знания в данной области формируются относительно фрагментарно.

Наше психологическое вмешательство осуществляется методом когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), и поэтому мы уделим основное внимание доказательствам эффективности КПТ. В приведенный здесь обзор включены только рандомизированные контролируемые исследования такой терапии.

Индивидуальная КПТ

Авторы исследования, описанного в [Weisman et al, 1980], были первыми среди тех, кто систематически проводил исследование психотерапии пациентов с онкологическим диагнозом. Первоначально они разработали психологический скрининговый инструмент, прогнозирувавший эмоциональный дистресс [Weisman and Worden, 1977], а затем оценивали пациентов, которым лишь недавно был поставлен диагноз рака молочной железы, кишечника, легких, женских половых органов или же у них была первоначально диагностирована болезнь Ходжкина и злокачественная меланома. В итоге обнаружилось, что треть пациентов ($n = 125$) была подвержена большому риску эмоционального дистресса, но лишь 59 пациентов

прошли, в конечном счете, курс психотерапии, поскольку 28 пациентов отказались от него, а 38 пациентов были переведены в другие группы.

Оставшиеся пациенты были затем случайным образом распределены для прохождения четырех сессий консультативной терапии или обучения когнитивным навыкам. Консультативная терапия состояла в оказании помощи пациентам в выявлении возникших у них затруднений, побуждении к вентилиции чувств (т.е. эмоциональной разрядке), связанных с этими затруднениями, а также в исследовании способов разрешения проблем, желательного путем прямой конфронтации с ними. При этом делался акцент на личном контроле и способностях пациентов. Такой индивидуализированный, сосредоточенный на пациенте подход сравнивался с тренингом когнитивных навыков, где основное внимание уделялось общему процессу разрешения психосоциальных проблем.

Сначала психотерапевт обучал пошаговому подходу к разрешению возникшей проблемы с помощью спаренных карточек, отображавших проблемы, вызванные онкологическим диагнозом, а также возможные способы их разрешения. Пациенты практиковались в применении такого подхода и учились применять его для разрешения своих конкретных проблем. Обучение когнитивным навыкам включало себя также обучение релаксации. Пациенты получали на дом задания, связанные с релаксацией и разрешением проблем. Обе эти разновидности терапии содержали элементы адьювантной психологической терапии (АПТ). В частности, обучение когнитивным навыкам содержало структуру и конкретные методы КПТ, а консультативная терапия — способы разрешения проблем, выражения эмоций и усиления личного контроля.

Пациенты из терапевтической группы сравнивались с пациентами из нетерапевтической контрольной группы, которые не проходили курс терапии, но были подвержены риску эмоционального дистресса. Когда пациенты оценивались через 2–6 месяца после постановки диагноза, обе разновидности психотерапии оказались в равной степени эффективными в снижении эмоционального дистресса и улучшении способа психологического разрешения проблем. Данная научно-исследовательская работа послужила примером новаторского психологического исследования в онкологии, которое заключалось в разработке скринингового инструмента для выявления эмоционального дистресса, в подробном описании терапии, в случайном распределении терапии и в его применении к нетерапевтической контрольной группе. Но у такого исследования все же было два методологических недостатка, перечисленных ниже.

1. Нетерапевтическая контрольная группа была сформирована по результатам более раннего исследования, и поэтому она не была выбрана случайным образом.
2. Из общей исследуемой выборки ($n = 125$) меньше 50% пациентов ($n = 59$) приняли участие в терапевтическом исследовании.

Авторы исследования, описанного в [Linn et al, 1982], изучили воздействие консультирования на больных раком мужчин, жить которым, как предполагалось, оставалось 3–12 месяцев. Пациенты были случайно выбраны в терапевтическую группу или же в нетерапевтическую контрольную группу. Несмотря на то, что консультирование не предназначалось в качестве КПТ, оно все же состояло из определенного сочетания недирективных и когнитивно-поведенческих стратегий, аналогичных тем, что применяются в АПТ. Психотерапевты поставили своей целью снизить отрицание, чтобы сохранить у пациентов надежду, побудить их к социально значимой деятельности, укрепить достижения и повысить их самооценку. Исходя из поздней, а зачастую терминальной стадии рака, лечение которого проводилось в данном исследовании, психотерапия нередко состояла в том, чтобы *быть вместе* с пациентом столько же, сколько и *делать* что-нибудь для него: “просто слушать, понимать, а иногда только сидеть тихо рядом с пациентом, это были основные элементы терапии... Терапевт часто находился рядом с пациентом во время смерти”. Через три месяца после начала психологического консультирования пациенты, прошедшие курс терапии, чувствовали себя менее подавленными, а их самооценка и внутренний локус контроля повысились по сравнению с пациентами из контрольной группы, не прошедшими курс терапии.

Применив любопытный план исследования, описанный в [Edgar et al, 1992], авторы сравнили применение КПТ сразу после получения диагноза и позднее — в первый год после диагноза. В общей сложности они связались с 205 пациентами с разными формами рака, как только такая возможность появилась после получения диагноза, распределив их по двум группам: группе раннего вмешательства, которая получила терапию сразу, и группе позднего вмешательства, получившей терапию на 4 месяца позднее. В группе раннего вмешательства терапия началась в среднем через 11 недель после диагноза, тогда как в группе позднего вмешательства она началась через 28 недель. Само психологическое вмешательство состояло из пяти сессий продолжительностью до 1 часа каждая вместе с медсестрой.

К применявшимся при этом методам относилось разрешение проблем, постановка целей, когнитивная переоценка и обучение релаксации. С интервалом в 4 месяца пациентам предлагался также междисциплинарный практикум по эффективному использованию ресурсов.

Через четыре месяца после диагноза, когда группа раннего вмешательства прошла курс терапии, а группа позднего вмешательства еще не прошла его, особых отличий в состоянии пациентов не наблюдалось. А через восемь месяцев после диагноза пациенты из группы позднего вмешательства были значительно меньше подавлены, встревожены и обеспокоены. При оценивании состояния пациентов из группы позднего вмешательства через 12 месяцев после диагноза оказалось, что их меньше беспокоит сама болезнь, но других отличий в результатах лечения не наблюдалось. К сожалению, в данное исследование не была включена группа, получающая обычное лечение, и поэтому в такой выборке не наблюдается картина естественной адаптации к заболеванию, а следовательно, нельзя знать, давали ли оба метода лечения какое-нибудь преимущество в долгосрочной перспективе по сравнению с отсутствием терапии. Из результатов данного исследования, очевидно, следует, что если провести КПТ в более поздние, а не ранние сроки на протяжении первого года после диагноза, то уровень дистресса снижается быстрее (несмотря на то, что анализ подгрупп показал, что у пациентов с раком молочной железы он снижался одинаково хорошо в обоих условиях). Авторы данного исследования высказали предположение, что эмоциональные усилия, которые следует приложить в период после диагноза, слишком велики, чтобы пациенты могли извлечь выгоду из тренинга навыков совладания на протяжении нескольких первых месяцев. Они допускают, что если предложить такой подход в течение нескольких первых месяцев, то терапию, возможно, придется продлить до тех пор, пока пациент не сможет пользоваться усвоенными стратегиями совладания. В качестве альтернативы можно было бы включить в традиционные рамки КПТ терапевтические усилия, в большей степени направленные на эмоции, что мы и сделали в АПТ (см. главу 7).

Авторы небольшого исследования, описанного в [Elsesser et al, 1994], провели его таким образом, чтобы сравнить комбинацию тренингов по совладанию с тревогой и методики “прививка от стресса” с контрольной группой списка ожидания психотерапии пациентов с различными онкологическими диагнозами. При этом в психотерапевтической группе наблюдалось небольшое улучшение психологических показателей.

Рандомизированные контролируемые исследования АПТ

Первое оценивание нашего собственного метода терапии было осуществлено в проспективном рандомизированном контролируемом исследовании, где АПТ сравнивалась с обычной терапией [Greer et al, 1992]. Пациенты в возрасте от 18 до 74 лет, посещавшие Королевский госпиталь Марсдена во время постановки диагноза или первого рецидива рака, были продиагностированы на предмет психологической морбидности. Чтобы обеспечить достаточно крупную выборку на период последующего клинического наблюдения, к участию в исследовании были допущены только те люди, которые предположительно могли прожить еще не меньше 12 месяцев. Участники заполняли госпитальную шкалу тревоги и депрессии (HADS), а также шкалу психологической адаптации к раку (MACS). Те пациенты, которые оценили состояние своего психического здоровья в 10 или больше баллов по шкале тревоги HADS, 8 или больше баллов по шкале депрессии HADS либо высоко оценили свою беспомощность или безнадежность и низко оценили свою боевой дух по шкале MACS, были приглашены к участию в данном исследовании. И те пациенты, которые согласились принять участие в данном исследовании, были случайно распределены в две группы: терапевтическую для шести сессий АПТ или в нетерапевтическую контрольную группу. Участникам исследования из этой контрольной группы было доступно обычное психологическое сопровождение в госпитале, но они не подверглись структурированному вмешательству.

Основные показатели результатов были получены по шкале HADS, шкале MACS, роттердамскому опроснику симптомов (RSCL), а также по шкале психологической адаптации к заболеванию (PAIS). Оценивание психического состояния пациентов проводилось до терапии, через 8 недель и 4 месяца в период последующего клинического наблюдения. В общей сложности, в данное исследование вошло 174 пациента, из которых 156 (т.е. 90%) пациентов завершили 8-недельное исследование. Данные в период последующего клинического наблюдения на протяжении 4 месяцев были получены для 137 (т.е. 79%) пациентов. Те пациенты, которые прошли 8-недельный курс терапии, получили значительно более высокие показатели боевого духа, чем пациенты из контрольной группы, а также значительно более низкие показатели уровней беспомощности, тревожной озабоченности и фатализма, тревоги, психологических симптомов и ориентации на

медицинскую помощь. Пациенты, прошедшие 4-месячный курс терапии получили более низкие показатели тревоги, психологических симптомов и психологического дистресса, чем пациенты в контрольной группе.

С клинической точки зрения пропорция очень тревожных пациентов уменьшилась с 46% в начале исследования до 20% через 8 недель и до 20% через 4 месяца в терапевтической группе, а также с 48% в начале исследования до 41% через 8 недель и до 43% через 4 месяца в нетерапевтической контрольной группе. Пропорция пациентов с депрессией, составлявшая 40% в начале исследования, уменьшилась до 13% через 8 недель и до 18% через 4 месяца в терапевтической группе, а в нетерапевтической контрольной группе она составляла 30% в начале исследования, уменьшилась до 29% через 8 недель и до 23% через 4 месяца. По истечении одного года наблюдались значительные отличия в изменении показателей исходного уровня по шкале PAIS, а также тенденция к большему изменению показателей беспомощности и тревоги в терапевтической группе [Moorey et al, 1994]. И только у 19% пациентов, прошедших курс терапии, тревога оказалась в клинических пределах по сравнению с 44% пациентов из контрольной группы, как показано на рис. 3.1 и 3.2.

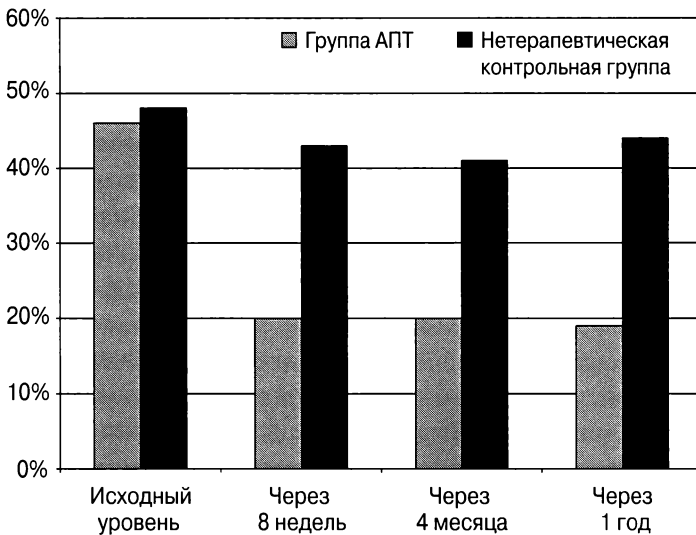


Рис. 3.1. Процентная доля пациентов, получивших больше 10 баллов по шкале тревоги HADS в терапевтической группе и нетерапевтической контрольной группе

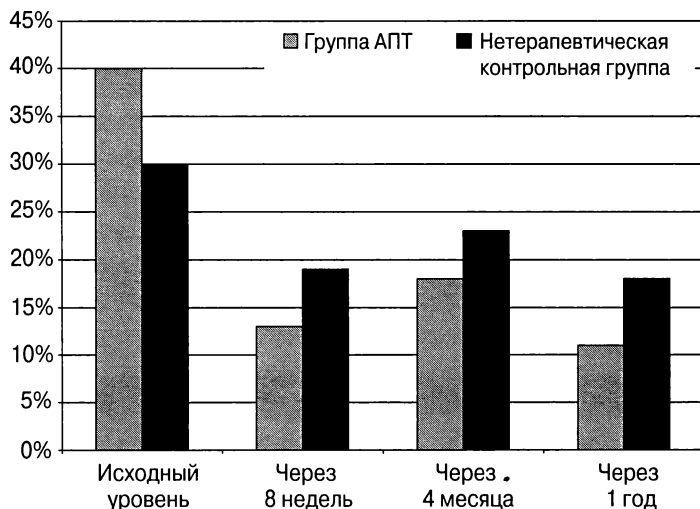


Рис. 3.2. Процентная доля пациентов, получивших больше 8 баллов по шкале депрессии HADS в терапевтической группе и нетерапевтической контрольной группе

Поразительной особенностью данного исследования стала большая доля пациентов, отказавшихся от участия в нем. Когда были проанализированы причины такого явления, то оказалось, что пациенты, находившиеся на первой стадии заболевания, чаще всего отказывались принять участие в данном исследовании. Пациенты с меньшей вероятностью принимали участие в данном исследовании, если они имели небольшой объем заболевания, проходили курс дальнейшего лечения или имели меньше физических симптомов. Так, мужчины, получившие высокие показатели тревожной озабоченности, с большей вероятностью соглашались принять участие в данном исследовании.

Было продемонстрировано, что АПТ оказалась более эффективной в терапевтической группе, чем в контрольной группе обычного сопровождения пациентов, поэтому на следующем этапе было произведено сравнение терапии с обычным психологическим сопровождением пациентов в контрольной группе в клинических условиях [Moorey et al, 1998]. С этой целью были отобраны пациенты из клиники психологической медицины при Королевском госпитале Марседена. Пациенты с разными формами рака, которые были направлены для психиатрического оценивания и удовлетворяли критериям патологической адаптационной реакции, были отобраны

в случайном порядке в две группы: группу с 8-недельным курсом АПТ и сравнительную группу с 8-недельным курсом поддерживающего консультирования. Оба терапевтических курса проводились под нашей эгидой. Поддерживающее консультирование, которое проводилось, как и АПТ, отдельными еженедельными сеансами, включая участие партнера пациента там, где это было уместно, было разработано с учетом контроля времени и внимания психотерапевта, а также неспецифических факторов, но исключало техники, которые были ключевыми составляющими АПТ.

Для побуждения к вентилиции чувств в эмпатических терапевтических отношениях использовались недирективные методы. Информация о раке и природе эмоциональных реакций на рак предоставлялись пациенту в том случае, если он их запрашивал, или же если такая потребность возникла во время сессий. Сеансы консультирования не были структурированы и не содержали никакой повестки дня. Поведенческие и когнитивные методы не применялись, и никаких домашних заданий не давалось на промежуточный период времени между сессиями. Поскольку оба терапевта имели строгую принадлежность к КПТ, и никто из них не был роджерсианским терапевтом (клиент-центрированная терапия Роджерса), этот подход не может быть сравним в полной мере с АПТ и другой терапией. Однако мы считаем, что он приближается к обычному консультированию, которое многие люди, находящиеся в дистрессе могут получить от медсестер и других профессиональных медицинских работников.

Итоговые результаты были аналогичны тем, что использовались в первом исследовании. В дополнение к опросникам HADS и MACS пациенты заполняли диагностический опросник по типам стратегий совладания, которым они научились в ходе АПТ, в частности, опросник совладания с раком (CCQ). Ряд других показателей, чаще всего используемых в КПТ для оценивания уровня тревоги и депрессии, и, в частности, по Шкале тревоги Спилберга (STAI) [Spielberger et al, 1970]) и шкале депрессии Бека (BDI; [Beck et al, 1961]) соответственно, были включены в данное исследование с целью сравнения с другими исследованиями КПТ.

Через 8 недель после оценивания исходного состояния, АПТ вызвала более значительные изменения боевого духа, беспомощности, совладания с раком, тревоги и проблем самоопределения, чем консультационное вмешательство. А через 4 месяца после оценивания исходного уровня АПТ вызвала более значительные изменения боевого духа, совладания с раком, тревоги и проблем самоопределения, чем консультационное вмешатель-

ство. К сожалению, в период последующего клинического наблюдения оказалось недостаточно пациентов по причинам, связанным с состоянием здоровья или отъездом пациента. Тем не менее, полученные результаты обнадеживают, поскольку они показывают, что АПТ не просто проявляет свое действие через неопределенные факторы. Изменения по показателям в Опроснике совладания с раком (CCQ) в КПТ, а не в консультировании подтверждают тот факт, что пациенты действительно учатся мыслить когнитивными категориями и пользоваться стратегиями, усвоенными из курса терапии.

Авторы исследования, описанного в [Moynihan et al, 1998], оценили результаты курса АПТ, который прошли мужчины с диагнозом рака яичка. Если в первое исследование были включены пациенты с любой формой рака, которые имели психологический дистресс, то данное исследование было сосредоточено на группе пациентов с одинаковым диагнозом, чтобы оценить, сможет ли АПТ помочь всем пациентам независимо от наличия или отсутствия у них дистресса. Пациенты, посещавшие отделение опухоли яичка при Королевском госпитале Марсдена, были распределены случайным образом в терапевтическую группу, проходившую шесть сеансов АПТ, или же в контрольную группу с обычным психологическим сопровождением. В общей сложности, 73 (т.е. 40%) из 184 пациентов, допущенных к исследованию, согласились принять в нем участие, а 81 пациент (т.е. 44 %) не пожелали участвовать в нем, но все же согласились заполнить формы дальнейшего оценивания состояния их психического здоровья. Из общего количества 30 пациентов не пожелали больше поддерживать контакт с исследователями, и поэтому были получены результаты оценивания только по шкале HADS. Через 2 месяца изменения по субшкале тревоги в лучшую сторону по сравнению с исходным состоянием проявились в терапевтической группе, хотя это и не была устойчивая тенденция, если сделать поправку на факторы, связанные с заболеванием. А через 12 месяцев изменения в лучшую сторону по сравнению с исходными показателями проявились в контрольной группе обычного психологического сопровождения. В табл. 3.1 сведены результаты исследований индивидуальной КПТ для онкологических пациентов.

Психоэдукационные группы

Авторы исследования, описанного в [Heinrich and Schag, 1985], сравнили психоэдукационную программу для пациентов и их партнеров с доступным на тот момент рутинным психологическим сопровождением. В общем, для исследования было продиагностировано 494 пациента, из которых 92 пациента удовлетворяли следующим диагностическим критериям: индекс Карновского > 70 баллов, возраст 25–70 лет, нет выраженных когнитивных дефицитов, отсутствие серьезных психиатрических заболеваний и проживание в пределах 80 км от больницы. Из этих пациентов был установлен отдельный контакт с 81 человеком, и, в конечном счете, к исследованию приступили 70 пациентов. Из них лишь 51 пациент заполнил формы оценивания своего состояния до и после психологического вмешательства. Большинство этих пациентов жили с диагнозом рака больше 2 лет.

Сама терапия состояла из программы, структурно разбитой на небольшие группы. Цель каждой группы состояла в просвещении пациентов и их партнеров в отношении рака и его воздействия, а также в том, чтобы обучить их навыкам совладания. Работа в группах включала в себя едукацию и информацию о раке, обучение навыкам релаксации, прохождение модифицированного курса вариантов когнитивной терапии, описанного в [Weisman et al, 1980], а также проблемно-разрешающую терапию и организацию повседневной активности пациентов. Последняя включала в себя занятия ходьбой и договоренность с пациентами и их партнерами, что они будут увеличивать количество ценной индивидуальной и парной активности.

Обе группы (терапевтическая и контрольная) продемонстрировали улучшение в ходе исследования, а показатели их адаптации к заболеванию заметно не отличались. Улучшение, продемонстрированное пациентами и их партнерами, оценивалось по шкале проверки информированности о раке (Cancer Information Test), и полученные оценки показали, что образовательная составляющая лечения была усвоена успешно. Оценивание, проведенное после психологического вмешательства и в 2-месячный период последующего клинического наблюдения, показало положительный эффект, в том как пациенты справлялись с различными медицинскими ситуациями и в том, как достигали целей в лечебной группе. Пациенты и их партнеры сообщили, что едукация относительно онкологических заболеваний и обучение навыкам релаксации оказались самыми полезными составляющими подобной терапии. И хотя такое вмешательство было нацелено

Таблица 3.1. Рандомизированные контролируемые исследования индивидуальной КПТ для онкологических пациентов

Исследование	Вмешательства	Количество участников	Форма рака
[Linn et al, 1982]	Консультирование в сравнении с отсутствием терапии	120	Мужчины с разными формами рака
[Weissman et al, 1980]	4 сессии в сравнении с двумя КПТ интервенциями: КПТ против КТ	59	Различные формы рака
[Edgar et al, 1992]	5 сессий обучения когнитивным навыкам, организованных на раннем (ПИ) или позднем (ПИ) этапе	205	Различные формы рака
[Greer et al, 1992]; [Moorey et al, 1994]	6 сессий АПТ в сравнении с психологическим сопровождением	168	Различные формы рака
[Elsesser, 1994]	6 сессий тренингов совладания с тревогой и “прививки от стресса”	27	Различные формы рака
[Fawzy et al, 1996]	6 сессий групповой КПТ в сравнении с индивидуальной КПТ в сравнении с одним оцениванием	104	Злокачественная меланома
[Moynihan et al, 1998]	6 сессий АПТ	73	Рак яичка
[Moorey et al, 1998]	8 сессий АПТ в сравнении с поддерживающим консультированием	47	Различные формы рака
[Doorenbos et al, 2005]	10 сессий в течение 18 недель (5 очных сессий и 5 сессий по телефону) в сравнении с обычным психологическим сопровождением	237	Различные формы рака

Где: АПТ — адьювантная психологическая терапия; НКГ — нетерапевтическая контрольная яния интервенция; ПИ — поздняя интервенция.

Стадия заболевания	Выборка	Результат	Последующее клиническое наблюдение
Продвинутая	Все пациенты	КПТ > НКГ	Отсутствует
Ожидаемая продолжительность жизни			
3–12 месяцев			
Первичный диагноз	Пациенты с большим риском эмоционального дистресса	2–6 месяцев после диагноза: ОКН = КТ	Отсутствует
Первичный диагноз	Все пациенты	4 месяца: РИ = ПИ	8 месяцев: ПИ > РИ
			1 год: ПИ > РИ
Первичный диагноз и рецидив	Пациенты с диагностированным высоким уровнем тревоги и депрессии уровнями тревоги или депрессии	КПТ > НКГ	1 год: КПТ > НКГ
Все стадии рака	Все пациенты	КПТ > НКГ	Отсутствует
		Лишь небольшой эффект	
Первичный диагноз	Все пациенты	(групповая КПТ = индивидуальная КПТ) > НКГ	1 год: групповая КПТ > (индивидуальная КПТ = НКГ)
			Навыки совладания и растерянность
Первичный диагноз	Все пациенты	КПТ = НКГ	1 год: контрольная группа > НКГ
Все стадии рака	Пациенты, направленные в психонкологическую службу	КПТ > ПТ	2 месяца: КПТ > ПТ
Ранняя стадия у пациентов, проходящих курс химиотерапии	Пациенты, посещающие онкологический центр	КПТ > НКГ для ограниченных симптомов	Отсутствует

группа; ОКН — обучение когнитивным навыкам; КТ — консультативная терапия; РИ — ран-

не только на пациентов, но и на их партнеров, только 12 партнеров из лечебной группы и 13 партнеров из контрольной группы завершили исследование, если учесть, что общее возможное количество партнеров составило 51 человек.

Авторы исследования, описанного в [Telch and Telch, 1986], распределили в случайном порядке 41 амбулаторного пациента, с различными формами и стадиями рака в три группы: группу по обучению навыкам совладания, группу поддерживающей терапии и контрольную нетерапевтическую группу. По условиям обучение навыкам совладания состояло из шести сессий с продолжительностью 90 минут каждая. Каждую неделю пациентам было представлено пять разных режимов обучения, перечисленных ниже.

1. Релаксация и совладание со стрессом.
2. Коммуникация и асертивность.
3. Проблемо-разрешающие стратегии и конструктивное мышление.
4. Совладание с чувствами.
5. Планирование приятной активности.

Участники данного исследования отработывали навыки, выполняя структурированные упражнения сначала на сеансе терапии, а затем в качестве домашних заданий в отличие от группы поддержки, где работа была не структурирована. Руководитель группы действовал в качестве координатора, побуждая пациентов к обсуждению их чувств и выявлению их глубинной проблематики (например, беспомощности и потери контроля).

Те пациенты, которые прошли курс поддерживающей терапии, продемонстрировали лишь незначительное улучшение, тогда как в нетерапевтической группе фактически произошло ухудшение психологической адаптации. А группа, обучающаяся навыкам совладания, продемонстрировала значительно более заметное улучшение, чем две другие контрольные группы. Эти улучшения проявились в таких областях, как проявления эмоций и чувств, удовлетворенность работой, социальная активность, внешний вид и сексуальная близость, коммуникация и совладание с медицинскими процедурами. Пациенты вели дневник своих домашних практических занятий, а также записи, подтверждавшие, что большинство из них применяли навыки совладания ежедневно.

Авторы данного исследования высказали предположение, что группа поддерживающей терапии могла оказаться менее эффективной потому,

что она состояла из слишком разнородных пациентов, а вмешательство было слишком коротким для развития достаточной сплоченности этой группы. И хотя данное исследование оказалось превосходным во многих отношениях, его серьезным упущением является недостаток какого-либо периода последующего клинического наблюдения по окончании оценивания результатов терапии. Ведь воздействие на функционирование пациентов могло оказаться замедленным, как было обнаружено авторами исследования, описанного в [Fawzy and Fawzy, 1994].

В течение двух десятилетий Каннингем с коллегами разрабатывали и систематически оценивали психоэдукационный групповой подход к совладанию с раком. Разработанное ими кратковременное вмешательство состоит из шести еженедельных сессий, каждая из которых продолжалась 2 часа. Первый час каждой сессии был дидактическим, т.е. посвященным обучению конкретному навыку совладания, релаксации, использованию мысленных образов, когнитивной реструктуризации, определению целей и проблемо-разрешающим стратегиям, тогда как второй час был поддерживающим, т.е. посвященным обмену опытом и чувствами. Участникам данного исследования давалось практическое руководство и две аудиозаписи. Им рекомендовалось упражняться дома в навыках, полученных во время терапии.

В своем первом контролируемом исследовании [Cunningham and Tocco, 1989] используя такой подход авторы сравнивали сочетание поддерживающей и психоэдукационной терапии с одной только поддерживающей терапией, проводившейся в течение 6 недель. Участниками данного исследования стали 60 пациентов, последовательно направленных на программу обучения навыкам совладания. Их выборка была неоднородной (разный диагноз, 50% пациентов с рецидивом рака и 50% пациентов проходивших лечение в настоящий момент). Оценивание состояния психического здоровья пациентов проводилось в начале терапии и по ее окончании, а затем еще раз через 2–3 недели по окончании терапии. В общей сложности, исследование завершили 53 пациента. Обе группы продемонстрировали значительное улучшение психологической адаптации к своему заболеванию, но в психоэдукационной группе эффект оказался более заметным.

Отдельная группа из 39 пациентов обучалась навыкам совладания и не была рандомизирована. Улучшения в настроении в основном, сохранялись в течение 3-трехмесячного периода последующего клинического наблюдения. Оказалось, что такие изменения были опосредованы изменениями в

воспринимаемой самоэффективности [Cunningham et al, 1991]. Этот терапевтический подход может быть применим к разным типам рака и стадиям заболевания и может быть предоставлен психотерапевтами с разной подготовкой.

Пациентам часто оказывается трудно посещать шесть еженедельных терапевтических сессий из-за расстояния от лечебного центра или побочных эффектов лечения, и поэтому исследовательская команда разработала интенсивный курс выходного дня для групповой терапии. Оба вида вмешательства произвели статистически значимые улучшения, которые сохранились в течение 3-трехмесячного периода последующего клинического наблюдения, несмотря на то, что здоровье многих участников данного исследования ухудшилось [Cunningham et al, 1995]. Исходя из многообещающих результатов исследования, описанного в [Spiegel et al, 1989], а также в главе 4, которое продемонстрировало положительное влияние долгосрочной групповой терапии на выживание женщин с диагнозом метастатического рака молочной железы, Каннингем с коллегами изучали последствия продления своей программы [Edmonds et al, 1999].

В частности, долгосрочное групповое вмешательство проводилось в течение 35 недель по 2 часа в группах поддержки и состояло из 20-недельного курса заданий по КПТ, который пациенты выполняли дома, а потом обсуждали в своей группе, и интенсивного курса обучения навыкам совладания, проводившегося по выходным дням. Из 130 пациентов, пришедших на первичное собеседование во время отбора, 66 пациентов были в конечном итоге случайным образом отобраны для участия в исследовании. В итоге, 30 пациентов подверглись психологическому вмешательству, а остальные 36 пациентов оказались в контрольной группе, где им была предоставлено рутинное психологическое сопровождение. Также они получили практическое руководство и аудиозаписи, которые использовались в тренинге навыков совладания. В ходе долгосрочного вмешательства пациенты из терапевтической группы столкнулись с более сильной тревожной озабоченностью и меньшей беспомощностью, чем пациенты из контрольной группы, хотя они и не продемонстрировали никакого улучшения своего настроения или качества жизни. Авторы данного исследования сообщают, что у женщин, посещавших терапевтическую группу, проявились основательные клинические изменения, хотя они не были выявлены по общепринятым показателям психологической адаптации к заболеванию.

Другой психоэдукационный групповой подход был активно исследован Фаузи с коллегами [Fawzy and Fawzy, 1994]. От 7 до 10 пациентов встречались на 90 минут в течение 6 недель, и при этом работа в группе строилась на основе 4 компонентов.

1. Просвещение по вопросам здоровья.
2. Совершенствование проблемо-разрешающих навыков, связанных с заболеванием.
3. Совладание со стрессом, включая релаксацию.
4. Психологическая поддержка.

Эффективность терапии оценивалась среди пациентов с диагнозом злокачественной меланомы. В общей сложности, 80 пациентов на первой и второй стадиях злокачественной меланомы, включая первичные и локальные лимфатические узлы, были случайным образом разделены в терапевтическую и нетерапевтическую контрольную группу. Два пациента были исключены из аналитических документов терапевтической группы (один из них умер на ранней стадии вмешательства, а другой находился в состоянии клинической депрессии). В итоге, 12 пациентов были исключены из контрольной группы (10 из них отсеялись, когда их уведомили, что их определили в контрольную группу, а сведения о двух других оказались неполными).

Оценивание состояния психического здоровья пациентов проводилось в начале исследования, через 6 недель и 6 месяцев после вмешательства. По окончании терапии значительное отличие в адаптации обеих групп к заболеванию было обнаружено только по шкале жизненного тонуса из профиля эмоционального состояния (POMS, [McNair et al, 1971]). В течение 6-месячного периода последующего клинического наблюдения терапевтическая группа продемонстрировала значительно меньшие показатели “депрессия-уныние”, “усталость-инертность”, “смятение-замешательство”, а также общее нарушение настроения по профилю POMS. По окончании терапии терапевтическая группа сообщила о более заметном активно-поведенческом копинге, а через 6 месяцев — о более заметном активно-поведенческом и активно-когнитивном копинге, чем у контрольной группы. Столь кратковременная терапия дала заметные результаты в период последующего клинического наблюдения, а также оказала влияние на выживание, как описано в [Fawzy et al, 1993], а также в главе 4.

К главным методологическим изъянам данного исследования относится анализ “intention-to-treat”¹ и неравномерное отсеивание из обеих групп. Для выполнения статистического анализа очень важно, чтобы все участники исследования, распределенные в случайном порядке по отдельным группам, были включены в такой анализ. А то, что 25% участников исследования, отсеявшихся из контрольной группы, ничем не отличались по возрасту, полу, степени заболевания или другим демографическим факторам, еще не означает, что они были такими же, как и участники исследования. Вполне возможно, что у этих людей был значительный боевой дух, и они продемонстрировали улучшение психологической адаптации к своему заболеванию, применяя собственные стратегии совладания в течение 6-месячного периода последующего клинического наблюдения. Это могло бы означать, что у тех пациентов, которые покинули контрольную группу, был более плохой психологический прогноз. Кроме того, авторы исследования, описанного в [Fawzy et al, 1996], сравнили индивидуальную терапию с групповой терапией и при этом обнаружили превосходство группового подхода (см. главу 13).

Майндфулнесс медитация является результатом совершенствования техник медитации, используемых в буддизме. Она продемонстрировала свою полезность в терапии тревожных расстройств [Kabat-Zinn et al, 1992] и хронической боли [Kabat-Zinn et al, 1985]. Она предполагает обучение использованию отстраненного осознания к ощущениям и мыслям, появляющимся в каждый конкретный момент времени. В исследовании, описанном в [Spica, 1999], 90 онкологических пациентов были распределены в случайном порядке для прохождения 7-недельной программы в группу снижения *стресса* на основе осознанности, или же в контрольную группу пациентов из листа ожидания. Пациенты из терапевтической группы продемонстрировали более низкие оценки общего расстройства настроения по профилю POMS, а также депрессии, тревоги, гнева и замешательства по соответствующим подшкалам, но более высокий показатель энергии. Улучшение в данной выборке очень выгодно отличалось в сравнении с результатами других исследований КПТ, где в качестве итоговых результатов применялась оценка по профилю POMS, [Cunningham and Tocco, 1989; Fawzy et al, 1990a].

¹ Такой анализ подразумевает статистический учет результатов исходя из того, какое воздействие было назначено исходно, а не исходя из того, что пациент получил на самом деле — *Примеч. ред.*)

Группы КПТ

Психеэдукационные группы очень структурированы и дидактичны. В трех исследованиях было изучено воздействие более гибких когнитивно-поведенческих интервенций в групповом формате. В двух из них (см. [Bottomley et al, 1996; Edelman et al, 1999a ,b]) были внедрены методы, взятые из АПТ.

Авторы исследования, описанного в [Evans and Connis, 1995], сравнили когнитивно-поведенческую групповую терапию с поддерживающей терапией онкологических пациентов, имеющих депрессивную симптоматику и проходивших радиотерапию. В итоге 72 пациента с депрессивной симптоматикой случайным образом были распределены по трем разным группам: в группу когнитивно-поведенческой терапии, группу социальной поддержки и нетерапевтическую контрольную группу. В итоге депрессия, враждебность и соматизация проявились в группах когнитивно-поведенческой терапии и социально поддерживающей терапии в меньшей степени, чем в нетерапевтической контрольной группе. Кроме того, интервенции, направленные на социальную поддержку привели к меньшему числу психиатрических симптомов, и к снижению неадаптивной межличностной чувствительности и тревоги. Обе эти разновидности терапии произвели также улучшения психологического функционирования по сравнению с отсутствием терапии, но те пациенты, которые подверглись социально поддерживающему вмешательству, продемонстрировали больше изменений в течение 6-месячного периода последующего клинического наблюдения.

Авторы пилотного исследования, описанного в [Bottomley et al, 1996], сообщили, что они сравнили КПТ с работой в группе социальной поддержки среди 31 первичного пациента, испытывающего психологический дистресс. В итоге, 14 пациентов отказались от терапии, и поэтому они были определены в нетерапевтическую группу отказавшихся от психологического вмешательства. Девять пациентов прошли курс КПТ, а восемь пациентов — получили социальную поддержку. После 8-недельного вмешательства обе группы продемонстрировали ограниченное улучшение своего психологического состояния и копинговых стилей. Так, пациенты из группы КПТ значительно улучшили свои копинговые стили по сравнению с пациентами из двух других групп. В течение 3-месячного периода последующего клинического наблюдения никаких значительных отличий

в двух группах психологического вмешательства фактически не наблюдалось, возможно, потому, что два пациента из группы КПТ умерли.

Авторы исследования, описанного в [Edelman et al, 1999b], сравнили КПТ и поддерживающую терапию среди женщин с первичным диагнозом рака молочной железы. В общей сложности 60 женщин случайным образом распределили в две группы — группу КПТ или группу поддерживающей терапии для прохождения курса из 12 сессий. Обе группы продемонстрировали улучшение в отношении депрессии, качества жизни и самооценки, но все же в группе КПТ было достигнуто значительно большее улучшение качества жизни и самооценки по сравнению с группой поддерживающей терапии. Впрочем, преимущества КПТ над поддерживающей терапией больше не наблюдались в течение 4-месячного периода последующего клинического наблюдения.

Самые последние (на момент написания этой книги) исследования подтвердили действенность психологических вмешательств в отношении улучшения качества жизни онкологических пациентов, включая КПТ [Antoni et al, 2001; Kissane et al, 2003; Antoni et al, 2006], эмоционально фокусированную терапию пар [Manne et al, 2005; McLean et al, 2008], программу снижения стресса на основе осознанности [Lengacher et al, 2009], а также интервенцию, направленную на создание смысла [Lee et al, 2006]. Тем не менее, одно рандомизированное контролируемое исследование поддерживающей экспрессивной групповой терапии среди женщин с диагнозом первичного рака молочной железы вообще не показало снижения эмоционального дистресса [Classen et al, 2008].

В накопленных нами знаниях имеются два основных пробела. Первый пробел состоит в отсутствии рандомизированных контролируемых исследований, сравнивающих разные виды психологической терапии, а второй пробел касается качества жизни пациентов подросткового возраста [Dana et al, 2009]. На момент написания этой книги появилось всего четыре публикации о методологически подходящих исследованиях, и лишь в одной из них сообщалось о значительном улучшении, достигнутом в преодолении проблем, связанных с раком. А в остальных исследованиях не было обнаружено никаких существенных изменений психологического дистресса и функционирования. Результаты, полученные от групповых вмешательств, сведены в табл. 3.2.

Телефонная терапия

Телефонная терапия проводимая медсестрами обладает потенциальной ценностью как способ распространения когнитивно-поведенческих навыков. В одном исследовании пожилые белые и афро-американские пациентки, перенесшие рак молочной железы, были произвольно распределены по двум группам для прохождения 4-недельных сессий телефонной терапии или обычного медицинского сопровождения [Mishel et al, 2005]. Психологическое вмешательство включало в себя прослушивание аудиозаписей когнитивно-поведенческих стратегий для совладания с неопределенностью в отношении рецидива данного заболевания и самоучитель, предназначенный для того, чтобы помочь женщинам лучше понимать и преодолевать долгосрочные побочные эффекты лечения. Женщин учили распознавать факторы, инициирующие неопределенность (места, события или окружающую обстановку, навеивающие воспоминания, чувства или волнения по поводу рака молочной железы, а затем применять усвоенные навыки совладания (релаксацию, отвлечение внимания и внутренний диалог), чтобы справиться с неопределенностью. Самоучитель служил ресурсом для преодоления усталости, лимфатического отёка, боли и других физических симптомов. Такое вмешательство уменьшило неопределенность, а положительные изменения сохранялись в течение 20-месячного периода последующего клинического наблюдения [Gil et al, 2006].

Авторы исследования, описанного в [Doorenbos et al, 2005], провели пять индивидуальных сессий с медсестрами и пять телефонных сессий, нацеленных на то, чтобы помочь пациентам с недавно поставленным диагнозом, проходившим курс химиотерапии, совладать с их симптомами. Как оказалось, когнитивно-поведенческое вмешательство уменьшило ограничения в жизни пациентов из-за симптомов, связанных с прохождением лечения. Другие исследования с применением телефонной интервенции среди пациентов с диагнозом рака молочной железы дали лишь скромные результаты [Sandgren et al, 2000; Sandgren and McCaul, 2007]. Такое вмешательство состояло из шести 30-минутных телефонных сессий, проводившихся специализирующимися на онкологии медсестрами. Пациенты получали медицинское просвещение в отношении рака молочной железы, проходили сессии, побуждавшие их к выражению своих эмоций, или же обычное сопровождение. Все группы пациентов продемонстрировали улучшение, хотя при этом наблюдалась тенденция полагаться на то, что телефонная

Таблица 3.2. Рандомизированные контролируемые исследования групповой КПТ для онкологических пациентов

Исследование	Вмешательства	Количество участников	Форма рака
[Heinrich and Schag, 1985]	6 сессий тренинга совладания со стрессом и организации активности в сравнении с доступным в настоящий момент психологическим сопровождением	51	Часто встречающиеся формы рака
[Telch and Telch, 1986]	6 сессий группового обучения навыкам совладания в сравнении с поддерживающей групповой терапией	41	Разные формы рака
[Cunningham et al, 1989]	6 сессий групповой психоэдукационной терапии в сравнении с дискуссиями в группе поддержки	53	Разные формы рака и стадии заболевания
[Fawzy et al, 1990, 1993]	6 сессий групповой КПТ в сравнении со стандартным медицинским лечением	68	Злокачественная меланома
[Evans and Connis, 1995]	Групповая КПТ в сравнении с социальной поддержкой и нетерапевтической контрольной группой	72	Разные формы рака

Стадия заболевания	Выборка	Результат	Последующее клиническое наблюдение
Разные стадии заболевания	Все пациенты	КПТ = НКГ	2 месяца
		Обе группы продемонстрировали улучшение в психологической адаптации к заболеванию	КПТ > НКГ для совладания с медицинскими ситуациями и достижения целей активности
Разные стадии заболевания	Психологический дистресс	КПТ > ПТ > НКГ	Отсутствует
Оценка общего состояния по шкале Карнофски > 70 баллов		Ухудшение в НКГ	
Разные стадии заболевания	Отобранные пациенты	КПТ > ПТ	Отсутствует
Новый диагноз	Все пациенты	КПТ > ПТ	6 месяцев: КПТ > ПТ
Разные стадии заболевания	Пациенты с депрессивными симптомами, проходящие курс химиотерапии	(КПТ = ПТ) > НКГ	6 месяцев: ПТ > КПТ > НКГ
		депрессия, враждебность и соматизация	
		ПТ > НКГ	
		Психиатрические симптомы	

Исследование	Вмешательства	Количество участников	Форма рака
[Bottomley et al, 1996]	8 сессий групповой КПТ в сравнении с группой поддержки и невмешательством	31	Разные формы рака
[Edelman et al, 1999]	8 сессий групповой КПТ в сравнении с обычным лечением	124	Рак молочной железы
[Edelman et al, 1999]	12 сессий групповой КПТ в сравнении с поддерживающей терапией	60	Рак молочной железы
[Edmonds et al, 1999]	35 сессий групповой поддерживающей терапии, КПТ + курс на выходные в сравнении со стандартной клинической помощью	66	Рак молочной железы
[Specia et al, 2000]	7 сессий ММБСР в сравнении с контрольной группой из листа ожидания	90	Разные формы рака
[Antoni et al, 2001]	10-недельная программа совладания со стрессом в сравнении с НКГ	100	Рак молочной железы
[Kissane et al, 2003]	20 сессий групповой когнитивно-экзистенциальной терапии + 3 релаксационные сессии в сравнении с 3 релаксационными сессиями	303	Рак молочной железы
[Antoni et al, 2001]	10-недельная программа совладания со стрессом в сравнении с НКГ	199	Рак молочной железы
[Lengacher et al, 2009]	6-недельная программа ММБСР	84	Рак молочной железы

Где: ПТ — поддерживающая терапия; НКГ — нетерапевтическая контрольная группа; ООСС — основанное на осознанности снижение стресса.

Окончание табл. 3.2

Стадия заболевания	Выборка	Результат	Последующее клиническое наблюдение
Новый диагноз	Пациенты с психологическим дистрессом	КПТ = ПТ	3 месяца: КПТ = ПТ
Метастатическое заболевание		КПТ > НКГ	3 и 6 месяцев: КПТ = НКГ
		Общее настроение и самооценка	
Недавно диагностированное первичное заболевание	Все пациенты	КПТ > ПТ	4 месяца: КПТ = ПТ
		Качество жизни и самооценка	
Метастатическое заболевание	Все пациенты	КПТ + поддержка = НКГ	КПТ + поддержка = НКГ
Разные стадии заболевания	Все пациенты	ООСС > НКГ	Отсутствует
Ранняя стадия	Все пациенты	КПТ > НКГ	3 месяца: КПТ > НКГ для оптимизма и нахождения преимуществ
Ранняя стадия, прохождение химиотерапии	Все пациенты	КПТ = НКГ; тенденция для КПТ к снижению тревоги	Отсутствует
Ранняя стадия	Все пациенты	КПТ > НКГ	1 год: КПТ > НКГ
Стадии 0–1	Все пациенты	ООСС > НКГ для депрессии, тревоги и страха рецидива рака	Отсутствует

терапия может облегчить дистресс. Вариативность полученных результатов может быть следствием отбора разных групп пациентов. А с другой стороны, более четкий фокус на подобных вмешательствах, сделанный Мишелем (Mishel) и Дуренбосом (Doorenbos), мог бы нацелить их работу так, как не удалось бы сделать с помощью более общего подхода в исследованиях Сандгрена (Sandgren).

Продвинутые стадии заболевания

До недавнего времени существовали доказательства эффективности КПТ только на ранней стадии онкологического заболевания. Но теперь начинают публиковаться результаты исследований КПТ для продвинутых стадий заболевания. Так, авторы исследования, описанного в [Edelman et al, 1999b], продемонстрировали, что групповая КПТ оказалась более эффективной, чем обычная терапия для облегчения симптомов общего расстройства настроения и низкой самооценки у женщин с диагнозом метастатического рака молочной железы. В то же время авторы исследования, описанного в [Savard et al, 2006], изучили воздействие когнитивной терапии на женщин с диагнозом метастатического рака молочной железы. В общей сложности, 45 женщин были случайным образом распределены в группу индивидуальной когнитивной терапии или контрольную группу пациентов из листа ожидания. Когнитивная терапия состояла из восьми еженедельных сессий, после которых было проведено три поддерживающих сессии, организованных с 3-недельными промежутками. По окончании лечения группа когнитивной терапии получила значительно более низкие показатели по шкале Гамильтона для оценивания депрессии (HDRS), чем контрольная группа. Кроме того, наблюдалось уменьшение симптомов тревоги, усталости и бессонницы. Эти эффекты сохранялись в течение 3- и 6-месячных периодов последующего клинического наблюдения.

В трех недавних (на момент написания этой книги) исследованиях были получены многообещающие результаты применения КПТ при паллиативном лечении. В частности, Грир изучал 168 пациентов, последовательно направленных за психологической помощью в госпитале св. Рафаэля. В общей сложности, 105 из этих пациентов чувствовали себя довольно хорошо или пожелали пройти курс терапии. С этой целью они были случайным образом распределены на две группы индивидуальных сессий КПТ или консультирования, проводившиеся тем же самым психотерапевтом. В среднем

пациенты прошли 6,6 (в пределах от 2 до 14) сессий. Если считать снижение показателей, оцененное в 2 и больше баллов по шкале HADS, признаком улучшения, то самочувствие улучшилось у 76% пациентов, прошедших курс КПТ, а также у 56% пациентов, получивших консультации.

Авторы исследования, описанного в [Mannix et al, 2006], продемонстрировали, что специалистов в области паллиативного лечения можно было бы обучить основным навыкам КПТ, чтобы они использовали их в работе со своими пациентами. На этом основании авторы исследования, описанного в [Moorey et al, 2009], провели рандомизированное контролируемое исследование в госпитале св. Кристофера, чтобы оценить действенность программы обучения для повышения квалификации и клинической эффективности медсестер, занимающихся паллиативным лечением и обученных основам КПТ. Клинические медсестры-специалисты были случайным образом распределены на две группы для обучения основам КПТ или продолжения своей обычной практики. По окончании данного исследования знания медсестры в области КПТ были оценены по оценочной шкале первой помощи при когнитивной терапии (CTFARS, [Mannix et al, 2006]). В исследование были допущены пациенты, получавшие медицинскую помощь на дому и оцененные по шкале HADS как возможные клинические случаи. Участникам данного исследования оказывалась медицинская помощь на дому посещавшими их медсестрами. Оценивание проводилось в начале данного исследования, а также через 6, 10 и 16 недель. Восемь медсестер были обучены основам КПТ, а семь медсестер продолжали свою практику, как обычно. Средние оценки по шкале CTFARS составили 35,9 баллов у медсестер, овладевших КПТ, и 19,0 баллов у медсестер из контрольной группы ($P = 0,02$). В общем, 328 (т.е. 54%) пациентов были оценены как возможные клинические случаи и 80 пациентов прошли исследование, а большинство из тех, кто был исключен, оказались слишком больными, чтобы принять участие в данном исследовании. Между характером группы и временем была замечена определенная взаимосвязь, поскольку пациенты, проходившие КПТ, получили со временем более низкие оценки их тревоги (коэффициент = $-0,20$; 95%-ный доверительный интервал (CI) = $-0,35 \div -0,05$; $P = 0,01$). При этом было обнаружено, что обучение не оказало никакого влияния на депрессию. Исследования, проведенные Грир и Мури, показали, то при паллиативном лечении можно проводить рандомизированное исследование психологического вмешательства, но в ходе исследования наблюдается значительный отток пациентов из-за физической тяжести заболевания и смертности.

Мета-анализ

Многие из описанных до сих пор исследований страдали методологическим недостатком небольших размеров выборки. Мета-анализ является статистическим методом, в котором предпринимается попытка преодолеть данный недостаток, объединив результаты, полученные в нескольких исследованиях. Показатели результатов преобразуются в общий показатель (величину эффекта), чтобы свести вместе величины отдельных эффектов. Таким образом, величина общего эффекта вычисляется по приведенной ниже формуле.

$$\text{Величина эффекта} = \frac{M_1 - M_2}{SD}$$

где M_1 — средняя величина эффекта по терапевтической группе, M_2 — средняя величина эффекта по контрольной группе, а SD — суммарное стандартное отклонение для обеих групп. Авторы исследования, описанного в [Meyer and Mark, 1995], изучили 45 исследований разных видов психологической терапии среди онкологических пациентов, и при этом они обнаружили, что небольшая средняя величина эффекта равна 0,24. В то же время авторы исследования, описанного в [Sheard and Maguire, 1999], подвергли упомянутое выше исследование критике, основываясь на том, что оно включало в себя слишком широкую выборку исследований, исходя из тех вопросов, которые задавались в ходе исследования, а также применявшихся при этом показателей результатов. Вместо этого они выбрали исследования, в которых предпринимались попытки лечить тревогу и/или депрессию. В общей сложности, были взяты в расчет показатели тревоги из 19 исследований. Общая величина эффекта составила 0,42, когда пациенты из терапевтической группы сравнивались с пациентами из нетерапевтической группы. А когда были изучены 10 исследований с самым надежным дизайном, то общая величина эффекта составила 0,36. Данные об итоговых показателях депрессии, в общей сложности, имелись в 20 исследованиях. Величина эффекта для пациентов из терапевтической группы в сравнении с пациентами из нетерапевтической группы составила 0,36. Никаких отличий в исследованиях, где применялись виды групповой или индивидуальной терапии, не обнаружилось.

Затем авторы данного исследования перешли к анализу исследований, в которых пациенты отбирались, исходя из их переживаний и риска психологического дистресса. В таких исследованиях воздействие терапии ока-

залось намного более существенным. К этой категории относятся 4 исследования, связанные с сильными эффектами [Weisman and Worden, 1977; Linn et al, 1982; Telch and Telch, 1986; Greer et al, 1992]. Величины эффекта составили 0,94 для тревоги и 0,85 для депрессии. Столь большие величины эффекта означали, что в среднем пациенты из терапевтической группы преуспели в лечении больше, чем 80% пациентов из нетерапевтической контрольной группы. Несмотря на то, что мета-анализ включает в себя все формы терапии, во всех этих четырех испытаниях проводились когнитивно-поведенческие вмешательства.

Данный мета-анализ выявил также, что групповая терапия оказалась столь же эффективной, как и индивидуальная терапия, особенно в отношении психоэдукационных курсов. И эти краткосрочные, но интенсивные вмешательства со стороны прекрасно подготовленных психотерапевтов оказались более эффективными, чем продолжительные вмешательства, проводившиеся персоналом, прошедшим меньшую психологическую подготовку. В итоге авторы данного исследования пришли к следующему выводу.

“Профилактические психологические вмешательства для онкологических пациентов могут иметь умеренное клиническое воздействие на их тревогу, но не на депрессию. Имеются сведения, указывающие на то, что вмешательства, нацеленные на тех пациентов, которые рискуют испытать или страдают значительным психологическим дистрессом, имеют сильное клиническое воздействие. В европейском контексте еще требуются доказательства эффективности подобных таргетированных вмешательств, а также обоснованности и действенности групповой терапии.”

[Sheard and Maguire, 1999, стр. 1770]

Авторы публикации в [Akechi et al, 2008] провели мета-анализ шести исследований пациентов с продвинутой формой рака. В четырех исследованиях применялась поддерживающая психотерапия, в одном из них — КПТ, а в еще одном — проблемно-разрешающая терапия. Величина эффекта от психологического лечения в сравнении с обычным лечением составила 0,44. Ни для одного из проанализированных исследований не были отобраны пациенты, испытывавшие клиническую депрессию. Недавний (на момент написания этой книги) мета-анализ КПТ для преодоления депрессии при соматическом заболевании выявил очень похожие результаты [Beltman et al, 2010]. Авторы данного мета-анализа включили в него результаты 29 исследований, в восьми из которых приняли участие

онкологические пациенты. В итоге КПТ превзошла показатели, полученные в контрольной группе. В этих исследованиях величина эффекта среди пациентов с депрессивным расстройством составила 0,83, что оказалось намного больше, чем величина эффекта среди пациентов с депрессивными симптомами, которая составила всего 0,16. Когда же обе группы пациентов были объединены, то величина эффекта составила 0,49. Анализ в подгруппах показал, что КПТ не превзошла другие виды психотерапии.

Методологическая строгость многих описываемых здесь исследований, и, безусловно, их мета-анализа была подвергнута сомнению [Coyne et al, 2006; Lerope and Coyne, 2006]. В частности, Койн с коллегами утверждает, что если тщательно проверить такие исследования, то они проявляют склонность к подтверждению точки зрения их авторов и выборочную отчетность о более выгодных для них итоговых показателях. Койн с коллегами также заметили, что когда на такие исследования ссылаются в других научных трудах, то сообщается лишь о положительных результатах. Это довольно сильные аргументы, и такой же критике можно было бы подвергнуть результаты многих других исследований в данной области психологии.

Методология исследований постепенно совершенствуется. Например, исследования теперь проводятся с большими размерами выборки, а следовательно, и с большей статистической мощностью. Так, среднее число участников групповых исследований, проведенных в период 1990–2000 гг. было равно 63, тогда как аналогичный показатель исследований, проведенных в период 2000–2010 гг. достиг 155 человек. Однако наши надежды на то, что терапия может улучшить качество жизни, иногда превосходят имеющиеся тому доказательства. Принимая все сказанное выше во внимание, следует заметить, что самое, по-видимому, убедительное доказательство существует для психосоциальных вмешательств, рассчитанных на более депрессивных или симптоматичных пациентов, а эффективность психотерапии для несимптоматичных пациентов еще не доказана.

КПТ при других распространенных проблемах

За последние 10 лет были разработаны и протестированы протоколы КПТ для конкретных проблем. Для такого подхода вполне пригодной оказывается модель, которая обычно состоит во внимательном изучении когнитивных и поведенческих факторов, которые могут быть основой проблемы, формировании модели, а затем в построении и оценивании

вмешательства, проводимого по конкретному руководству. Рассмотрим доказательства эффективности КПТ для работы с симптомами бессонницы, усталости и боли, а также ее применения в качестве адьювантной терапии, во время прохождения основного курса лечения.

Бессонница и усталость

Нарушения сна распространены среди онкологических пациентов и возникают у 33–40% всех пациентов, т.е. в два раза чаще, чем у общей популяции. Бессонница оказывается наиболее распространенной при раке легких и молочной железы [Savard and Morin, 2001; Savard et al, 2001; Davidson et al, 2002]. Когнитивные и поведенческие методы, в общем, хорошо рекомендовали себя в преодолении бессонницы. На основании имевшихся доказательств Американская академия медицины сна (American Academy of Sleep Medicine) рекомендовала три особых формы терапии для излечения от хронической бессонницы: контроль над стимулами, релаксацию и КПТ [Morgenthaler et al, 2006]. В публикации [Smith et al, 2005] был дан обзор применения КПТ среди пациентов с разным состоянием здоровья, включая и рак, и при этом были обнаружены многообещающие доказательства ее эффективности.

В недавнем (на момент написания этой книги) обзоре психологических вмешательств для лечения бессонницы при раке был сделан такой вывод: “когнитивно-поведенческие вмешательства, вероятнее всего, эффективны, но их эффективность не доказана для вмешательств, проведенных в дополнительных, образовательных, информационных или тренировочных целях” [Berger, 2009, стр. 165]. Среди пациентов, находившихся на ранней и поздней стадии заболевания, были проведены рандомизированные контролируемые исследования. Например, в одном таком исследовании пять сессий групповой КПТ сравнивались с обычным лечением 150 пациентов, завершивших курс активной терапии рака молочной железы, предстательной железы, колоректального или гинекологического рака [Espie et al, 2008]. КПТ превосходила по своему воздействию на начальную бессонницу, пробуждение по ночам и долю в процентах времени нахождения в постели во сне, которая сохранялась в течение 6 месяцев.

При КПТ для излечения от бессонницы применяется целый ряд методов, учитывающих, как поведенческие факторы (окружающий контекст, привычный характер сна и бесполезное употребление алкоголя и успо-

коительных средств), так и когнитивные факторы (дисфункциональные убеждения по поводу сна и беспокойства). Обычно она сочетает в себе рекомендации относительно гигиены сна с изменением поведения, связанного со сном, а также оценивание бесполезного мышления [Smith and Neubauer, 2003]. В главе 11 мы подробно обсудим порядок применения этих методов в стандартном курсе АПТ. Улучшение сна после КПТ оказывается связано с изменениями дисфункциональных убеждений по поводу сна и сокращением короткого сна днем [Tremblay et al, 2009].

Существует сильная связь между сном и усталостью, вызванной раком, хотя эту причинную связь, если вообще она имеется, еще предстоит прояснить [Zee and Ancoli-Israel, 2009]. До 90% онкологических пациентов испытывают усталость, и этот симптом чаще всего ассоциируется с онкологическим заболеванием и его лечением, как сообщается в [Lawrence et al, 2004; Hofmana et al, 2007]. В обзоре, опубликованном в [Kangas et al, 2008], было рассмотрено 57 рандомизированных контролируемых исследований, где выполнялись физические упражнения или психологические вмешательства для снижения усталости, вызванной раком. Особых отличий между обоими видами вмешательства при этом не было обнаружено (величина эффекта от психологического лечения составила 0,31, а от физического упражнения — 0,41). В своих комментариях авторы данного обзора отметили, что программы мультимодальных упражнений и прогулок, восстановительные методы, поддерживающе-экспрессивные и когнитивно-поведенческие психологические вмешательства выглядели многообещающе. Ни в одном из таких исследований не были специально отобраны пациенты с клинически значимыми уровнями усталости, и поэтому они могли дать такой же нижний предел значения данных, как и во многих исследованиях тревоги и депрессии. Полученные результаты позволяют также предположить, что жизненный тонус и жизненная сила реагирования на вмешательства не зависят от усталости. В недавнем (на момент написания этой книги) исследовании краткосрочные вмешательства со стороны медсестер, нацеленные на усиление физической активности, сравнивались с КПТ, и при этом обнаружилась большая эффективность КПТ [Goedendorp et al, 2010]. Оказалось, что увеличение физической активности не содействовало эффекту от КПТ.

Боль

Треть онкологических пациентов испытывают боль, у трех четвертей пациентов с диагнозом продвинутого рака боль присутствует постоянно. Кроме того, 12–51% пациентов сообщают, что у них нет подходящих средств для снятия боли [Larue et al, 1995; Zech et al, 1995]. Ныне имеется достаточно доказательств эффективности КПТ боли, чтобы дать ей наивысшую оценку достоверности доказательств в руководствах по лечению онкологической боли [Cormie et al, 2008; Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2008]. Лечение боли нередко проводится в группах психоэдукационного формата и содержит модули, включающие обучение, релаксацию, обучение упражнениям, постановку целей [Robb et al, 2006] и проблемо-разрешающие стратегии [Sherwood et al, 2005]. Авторы публикации [Tatrow and Montgomery, 2006] провели мета-анализ методов КПТ для работы с дистрессом и снятия боли среди пациентов с диагнозом рака молочной железы, и при этом они выявили, что величина эффекта для дистресса составляет 0,31 ($P < 0,05$), а для снятия боли — 0,49 ($P < 0,05$). Это означает, что дистресс и боль уменьшаются соответственно у 62% и 69% проходящих курс КПТ пациентов с диагнозом рака молочной железы по сравнению с пациентами из контрольной группы.

Большие величины эффекта оказывались при индивидуальной терапии по сравнению групповой терапией для дистресса, но не снятия боли. Корреляция величин эффекта для дистресса и снятия боли была незначительной, из чего можно предположить, что вмешательства имели неодинаковое воздействия на разные симптомы. Идея приспособить вмешательства к конкретным проявлениям боли у пациентов оказывается более плодотворной для снятия боли, чем более общая, неконкретная форма КПТ. Именно такая идея и поддерживается в исследовании, описанном в [Dalton et al, 2004]. Авторы этого исследования сравнивали стандартную КПТ с лечением, основывающимся на реакциях пациентов на биоповеденческий профиль боли (BPP), включая разные диагнозы рака, целевые методы при влиянии окружающей обстановки, потерю самоконтроля, избегание медицинской помощи, прошлый и настоящий опыт, физиологическая чувствительность и мысли пациентов о прогрессировании их заболевания [Dalton et al, 1994]. КПТ, приспособленная к болевому профилю, оказала большее влияние на текущий и средний уровень боли, а также на общее качество жизни пациентов по сравнению со стандартной КПТ.

Выводы

Из рандомизированных контролируемых исследований получены убедительные доказательства, что КПТ в значительной степени улучшает качество жизни пациентов с начальной или продвинутой стадией рака, находящихся в эмоциональном дистрессе. В нашем исследовании такие эффекты сохранялись в течение однолетнего периода последующего клинического наблюдения. Подводя итог, этой главы, необходимо отметить следующее:

- Имеются некоторые доказательства, что другие виды психологической терапии (например, поддерживающая экспрессивная терапия, эмоционально-фокусированная терапия, а также терапия, основанная на смысле) помогают улучшить качество жизни пациентов. Хотя результаты проведенных до сих пор исследований, где КПТ сравнивалась с другими видами психологической терапии, оказались неубедительными.
- Индивидуальная и групповая терапия оказывается в равной степени эффективной. В клинической практике пациенты отдают явное предпочтение одному подходу над другим. Следовательно, оба вида терапии должны быть доступны пациентам.
- Воздействие психологического вмешательства на неотобранных, не подверженных дистрессу онкологических пациентов минимально, и поэтому оно не рекомендовано для проведения в такой группе пациентов.
- Ощущается недостаток сведений о воздействии КПТ и других видов психологической терапии на качество жизни пациентов подросткового возраста с диагнозом рака.

Может ли психологическая терапия оказывать влияние на продолжительность выживания

В поразительном клиническом отчете, опубликованном в 1848, британский врач Джон Эллиотсон (John Elliotson) утверждал, что ему удалось успешно лечить женщину от рака молочной железы в правой груди (“скиррозного рака”) путем гипноза в течение пяти лет. На протяжении этого периода времени опухоль постепенно сокращалась, а затем полностью исчезла. Отчет Эллиотсона имеет лишь исторический интерес. Большинство медицинских специалистов, включая и авторов этой книги, всегда считало, что никакое психологическое вмешательство не может оказывать влияние на течение онкологического заболевания. Но такое мнение было подвергнуто сомнению в 1989 году Шпигелем с коллегами в их эпохальном исследовании женщин с диагнозом метастатического рака молочной железы. В результате их рандомизированного клинического исследования обнаружилось, что пациентки, прошедшие курс групповой терапии ($n = 50$), прожили в среднем на 18,9 месяцев дольше, чем пациентки из контрольной группы ($n = 36$), не прошедшие курс групповой терапии [Spiegel et al, 1989].

Терапевтическая группа, проходила курс “поддерживающе-экспрессивной” терапии еженедельно в течение не меньше одного года. Согласно публикации [Spiegel, 1985] у такой терапии было четыре компонента. Во-первых, пациенток побуждали выражать свои чувства и страхи по поводу их онкологического заболевания. Они побуждали друг друга быть ассертивными, распознавать и выражать свой гнев надлежащим образом. Работа с тревогой по поводу смерти и умирания проводилась непосредственно на сессиях. Во-вторых, совладание с физическими симптомами проводилось, например, путем обучения женщин контролировать свои переживания боли посредством самогипноза и релаксации. В-третьих, в ходе терапии заметно проявилась взаимная поддержка пациенток. И, в-четвертых, по мере того, как пациентки переоценивали свои жизненные ценности, уде-

ляя основное внимание планам, которые все еще можно было осуществить в течение оставшейся им жизни, были рассмотрены вопросы, касающиеся смысла жизни. Шпигель отметил, что понимание извлечения смысла из трагедии оказалось важной стороной подобной терапии.

Не удивительно, что исследование Шпигеля вызвало огромный интерес. Рандомизированное контролируемое исследование впервые продемонстрировало, что психологическое вмешательство, а в данном случае это была поддерживающе-экспрессивная групповая терапия в течение 1 года, оказало значительное воздействие на выживание пациенток с диагнозом метастатического рака молочной железы. Результаты данного исследования оказались совершенно неожиданными, поскольку оно предназначалось для определения воздействия групповой терапии на расстройство настроения [Classen et al, 1998]. Шпигель с коллегами искали возможные объяснения результатам своего исследования, проверяя 26 факторов, включая возраст, определение начальной стадии заболевания, количество дней облучения, вид хирургического вмешательства, промежуток времени между первоначальным диагнозом и смертью, а также степень метастатического распространения, для основных отличий терапевтической и контрольной групп, что могло бы объяснить отличие в продолжительности выживания.

Но ни один из этих факторов не объяснял отличие во времени выживания. Исчерпав другие возможности, авторы данного исследования пришли к такому логическому выводу: отличие во времени выживания обусловлено групповой терапией. Авторы публикации [Fox, 1998a] приложили немалые усилия, чтобы опровергнуть такой вывод. Они оспорили тот факт, что кривая выживания пациентов из контрольной группы оказалась необычно крутой. При сравнении с кривой выживания популяции с диагнозом метастатического рака из того же самого региона пациенты из контрольной группы, прожившие больше 20 месяцев после постановки диагноза, были отнесены к “совершенно аномальной выборке под сильным искажающим влиянием возможных вмешивающихся факторов, большее число которых известно, но исключая те, которые были учтены в исследовании”. Подробный ответ на критику был дан в публикации [Spiegel et al, 1998], на что последовало возражение в публикации [Fox, 1998b]. Против взглядов Фокса были, в свою очередь, высказаны сильные аргументы в публикациях [Goodwin et al, 1999] и [Specia, 1999], на что снова последовало с его стороны возражение в публикации [Fox, 1999]. Эти споры проливают свет на значительные трудности, с которыми исследователи столкнулись в

данной конкретной области. Впрочем, читатели, интересующиеся методологией подобных исследований, найдут эти споры содержательными.

За первоначальным исследованием Шпигеля последовал целый ряд других исследований. Так, авторы публикации [Richardson et al, 1990] исследовали 94 пациента с диагнозом разных гематологических злокачественных опухолей. Пациенты были случайным образом распределены в одну из трех терапевтических групп или в контрольную группу. Курс лечения в терапевтических группах состоял из эдукационной программы и домашнего визита, или той же самой эдукационной программы плюс “шейпинг” или же эдукационной программы, “шейпинга” и домашнего визита. Эдукационная программа проводилась подготовленной медсестрой, которая подробно описывала само заболевание и его лечение, делая акцент на важности соблюдения курса лечения и убеждая членов семьи обеспечить своевременный прием пациентом предписанных лекарств. “Шейпинг” подразумевал, что медсестра должна поработать с пациентом над тем, чтобы он научился брать на себя ответственность за соблюдение предписаний лечения. В течение 2–5-летнего периода последующего клинического наблюдения пациенты из всех групп, подвергавшихся эдукационному вмешательству, улучшили показатель своей выживаемости по сравнению с пациентами из контрольной группы. Этот показатель сохранился и после того, как были учтены отличия в соблюдении режима предписаний лечения.

Особый интерес представляет исследование 68 пациентов, находившихся на первой и второй стадиях злокачественной меланомы, проведенное Фаузи с коллегами [Fawzy et al, 1990a,b, 1993]. Их психологическое вмешательство состояло из шести еженедельных сессий групповой терапии, сфокусированных на обучении темам, касающихся здоровья, стресс-менеджменту, приобретении копинговых навыков и групповой поддержке. Пациенты были распределены случайным образом в группу поддержки или контрольную группу. Их итоговые показатели включали в себя иммунные и психологические ответы на терапию вплоть до 6 месяцев после психологического вмешательства, а также время выживания еще 5–6 лет.

Что касается иммунных реакций, то психологическое вмешательство было связано со значительным ростом доли естественных клеток-киллеров в процентах, активности подобных клеток и Т-клеток CD8 (с цитотоксическими и супрессорными функциями). Повышенные уровни активности естественных клеток-киллеров предсказывали выживание. Психологическое вмешательство значительно снижало выраженность депрессии, уста-

лости и расстройства настроения, а также укрепляло копинговые навыки. В течение 6-летнего периода последующего клинического наблюдения смертность у пациентов из контрольной группы оказалась значительно выше (10 пациентов из 34), чем у тех пациентов, которые подвергались психологическому вмешательству (3 пациента из 24). Авторы публикации [Fawzy and Fawzy, 1994] пришли к такому выводу: “психологические вмешательства, усиливающие эффективный копинг и снижающие эмоциональный дистресс, оказывают благоприятное влияние на выживание”.

В каждом из рассмотренных до сих пор исследований сообщалось о значительных взаимосвязях между продолжительностью выживания и групповой терапией [Spiegel et al, 1989; Fawzy et al, 1990a,b, 1993] или эдукационной программой [Richardson et al, 1990]. Однако имеются и другие исследования психологических вмешательств, где не было обнаружено никакого влияния на продолжительность выживания. Авторы первого из таких исследований, описанного в [Linn et al, 1990], изучали воздействие индивидуальной поддерживающей терапии на 120 мужчин с различными метастатическими раками (главным образом, рака легких). Терапия в данном случае была сосредоточена на побуждении пациентов выражать свои чувства, осуществлять личный контроль над своей жизнью там, где это возможно, а также находить смысл в своей жизни. Пациенты были случайным образом распределены в группу, проходившую курс терапии, или в контрольную группу. В течение однолетнего периода последующего клинического наблюдения продолжительность выживания оказалась сходной в обеих группах.

Об отрицательных результатах второго исследования было сообщено в [Плускуй et al, 1994]. В данном случае исследовалась выборка из 127 пациентов с разными формами рака на разных стадиях заболевания. Пациенты были случайным образом выбраны в контрольную группу или же в одну из трех групп психологического вмешательства. Само психологическое вмешательство состояло из еженедельных сессий групповой терапии на протяжении 6 месяцев. Одну группу вел социальный работник, другую группу — сначала социальный работник в течение 3 месяцев, а затем “peer led” (ведущие выбирались из участников группы), а третью группу — полностью “peer led” (ведущие выбирались из участников группы). Из отчета о данном исследовании неясно, какой именно вид групповой терапии был проведен. В течение 11 лет последующего клинического наблюдения продолжительность выживания оказалась сходной у пациентов из кон-

трольной и терапевтической групп. Следует, однако, заметить, что данному исследованию недостает сведений о характере психологических вмешательств.

Еще одно, заслуживающее рассмотрения здесь наблюдение было проведено в виде рандомизированного контролируемого исследования групповой терапии для женщин с метастатическим раком молочной железы, как описано в [Cunningham et al, 1998]. В общей сложности, 30 пациенток прошли курс, состоявший из 35 сессий поддерживающей и когнитивно-поведенческой терапии. Контрольная группа состояла из 36 пациенток, которые прошли только курс домашнего обучения когнитивно-поведенческой терапии.

В течение 5-летнего периода последующего клинического наблюдения авторы данного исследования не обнаружили никакого существенного отличия в продолжительности выживания у пациенток из терапевтической и контрольной групп. Следует, однако, заметить, что количество пациенток в этих группах было невелико, и этого могло быть недостаточно для того, чтобы обнаружить отличие в продолжительности выживания. Кроме того, контрольную группу нельзя назвать нетерапевтической, поскольку входившие в нее пациентки пользовались аудиозаписями упражнений по релаксации, а 28% из них посещали группу внешней поддержки. Поэтому отрицательные результаты такого исследования вызывают некоторое сомнение. Сами его авторы утверждают следующее: “наше клиническое впечатление, согласующееся с тем, что имеется у многих специалистов, обладающих многолетним опытом работы с онкологическими пациентами, ... заключается в том, что некоторые пациенты, особенно те, что очень старались чем-то себе помочь, преуспели намного больше, чем ожидалось с медицинской точки зрения”.

Авторами публикации [Edelman et al, 1999a,b] было проведено исследование групповой КПТ для пациенток с метастатическим раком молочной железы. В итоге, 124 пациентки были случайным образом распределены в группу КПТ или же в контрольную группу стандартного медицинского сопровождения. Впоследствии оказалось, что у трех пациенток отсутствует метастатическое заболевание, и поэтому они были исключены из данного исследования. В итоге были получены данные по известным прогностическим факторам. Курс КПТ состоял из основной программы проведения восьми еженедельных сессий и “семейного вечера”, а также трех дополнительных ежемесячных сессий. Пациентов обучали самым разным когни-

тивным и поведенческим стратегиям, в том числе отслеживанию мыслей, когнитивной реструктуризации и постановке целей, а также выполнению упражнений в качестве домашнего задания. Статистический анализ 121 пациента, приступившего к данному исследованию, в 2–5-летний период последующего клинического наблюдения выявил, что с КПТ не связано никаких преимуществ в отношении продолжительности выживания.

Повторение исследований Шпигеля и Фаузи

В двух попытках повторить первоначальное исследование Шпигеля не удалось подтвердить его результаты [Classen et al, 1996; Goodwin et al, 1996]. Авторы дополнительного рандомизированного исследования поддерживающе-экспрессивной терапии среди женщин с диагнозом рака молочной железы сообщили, что подобная терапия не продлила время выживания, но все же улучшила качество жизни пациенток [Kissane et al, 2007]. В очень хорошо продуманном повторении исследования Фаузи также не удалось выявить какое-нибудь влияние на продолжительность выживания [Boesen et al, 2005].

Однако последующее рандомизированное исследование психологического вмешательства в состояние здоровья женщин с диагнозом регионарного, но не метастатического рака молочной железы выявило, что сниженный риск рецидива данного заболевания и смерти среди пациенток был ассоциирован с психологическим вмешательством [Andersen et al, 2008]. Психологическое вмешательство было проведено в небольших группах и состояло из стратегий, направленных на снятие стресса, улучшение настроения, изменение поведения в отношении здоровья и сохранение приверженности лечению рака. Снижение риска рецидива и смерти оказалось скромным, хотя и статистически значимым. В течение 11-летнего периода последующего медианного клинического наблюдения 75 женщин, подвергшихся психологическому вмешательству, избавились от своего заболевания по сравнению с 65 женщинами из контрольной группы ($P = 0,016$). Медианная продолжительность выживания составила 6,1 лет у женщин, подвергшихся психологическому вмешательству, по сравнению с 4,8 годами у женщин из контрольной группы.

В еще одном исследовании сообщается о положительных результатах [Kuchler et al, 2007]. Его авторы провели рандомизированное исследование психотерапевтической поддержки среди пациентов с начальной формой

рака пищевода, желудка, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, колоректального рака. В данном случае была проведена индивидуальная психотерапия, состоявшая из постоянной эмоциональной и когнитивной поддержки для укрепления боевого духа и уменьшения беспомощности и безнадежности. В течение 10-летнего периода последующего клинического наблюдения было обнаружено статистически значимое улучшение в отношении продолжительности выживания у пациентов, получивших индивидуальную психотерапевтическую помощь, по сравнению с теми пациентами, которые получили лишь стандартную медицинскую помощь ($\chi^2 = 11,73$; $P = 0,006$). Эти результаты распространяются на пациентов с диагнозом рака желудка, печени на начальной стадии, а также колоректального рака.

В самом последнем (на момент написания этой книги) исследовании пациенты с диагнозом колоректального рака (70% на стадиях В и С по классификации Дьюкса и 14% с отдаленными метастазами) были случайным образом распределены для психологического вмешательства или обычного лечения [Ross et al, 2009]. Психологическое вмешательство состояло из одного–десяти вызовов на дом медсестры или лечащего врача, предоставлявшего необходимую информацию и эмоциональную поддержку. Систематическая психотерапия не проводилась. В течение 2-летнего периода последующего клинического наблюдения не было обнаружено никакого влияния подобного психологического вмешательства на продолжительность выживания.

Критика такой методологии была направлена, в частности, на те исследования, которые выявляли положительные результаты [Coyne and Palmer, 2007]. И хотя такая критика может быть отчасти уместной, с окончательным выводом из нее, безусловно, нельзя согласиться. Авторы публикации [Coyne et al, 2009] прокомментировали это таким образом: “Можно с полным основанием ожидать, что исследования в тех областях, которые не прошли научную проверку, не получают финансовой поддержки. Ведь мы не финансируем работы по теории флогистона (сверхтонкой материи), астрологии или камнелечению”. Но сравнивать влияние психотерапии на продолжительность выживания с этими дискредитированными темами несправедливо и некорректно, а тем более объявлять незаконной и ненаучной настоящую область исследований. Авторы публикации [Kraemer et al, 2009] в этой связи указали на следующее: “Хорошая наука отвечает на вопросы и задает вопросы на ответы, но не объявляет некоторые вопросы запрещенными”.

Насколько рандомизация уместна

Авторы публикации [Cunningham et al, 1998] выдвинули любопытное предположение. Опираясь на свой опыт, они полагают, что относительно немногие пациенты вносят существенные психологические изменения в стиль своей жизни, установки, осознание связей между умом и телом и прочие факторы, которые могли в значительной мере повлиять на их психологию, а следовательно, и на продолжительность их выживания. Столь сильно мотивированные люди нечасто встречаются или доступны для распределения в исследуемую группу. Такие люди предпринимают определенные шаги, чтобы пройти курс именно той терапии, которую они хотят. Следовательно, если лишь малая доля пациентов, подвергающихся психологическому вмешательству, вносят существенные изменения в свою жизнь, то достигнутые эффекты могут быть утрачены при подсчете и сравнении медианных показателей по группе, кроме тех случаев, когда количество ее членов очень велико. Кроме того, на распределение столь сильно мотивированных пациентов в небольших экспериментальных группах может оказывать заметное влияние случайный фактор. Каннингем утверждает, что вместо рандомизации лучше спланировать эксперимент иначе, а именно: провести исследования единичных случаев, где пациенты находятся под последующим клиническим наблюдением в течение ряда лет, а изменения в их психологическом функционировании сравниваются в тех случаях, когда они переживают время выживания, прогнозируемое им согласно их медицинских прогностических особенностей.

Такие аргументы выглядят убедительно, поскольку для исследования единичных случаев, где пациент находится под собственным контролем, всегда может найтись место [Aldridge, 1992]. Но главный недостаток исследований единичных случаев заключается в том, что они не позволяют делать достоверные обобщения, как это возможно в случае рандомизированных исследований. Следует, однако, признать, что у рандомизированных контрольных исследований имеются свои ограничения. Когда приходится решать, насколько и когда оправданно сравнивать новое лечение с текущим лечением или же со случаем, когда активное лечение не проводится, то возникают вопросы этического характера. Объяснить пациентам особенности рандомизации и получить от них подлинно осознанное согласие нередко бывает очень трудно. Чтобы обеспечить, насколько это возможно,

сходство экспериментальных и контрольных групп во всех отношениях, кроме исследуемого лечения, потребуется большое число пациентов. Более того, результаты рандомизированных исследований основываются на сравнении средних показателей в группах, из чего нельзя сделать вывод, извлечет ли отдельный пациент пользу из психологического вмешательства. По словам одного критика “рандомизация обычно затемняет, а не проливает свет на эффекты взаимодействия лечения с индивидуальными особенностями пациента” [Weinstein, 1974].

С другой стороны, можно не сомневаться, что проспективные контролируемые исследования имеют существенное значение, если избежать или свести к минимуму влияние предвзятости. Рандомизация — не единственный способ попытаться избежать предвзятости. Другим способом является сопоставление, но рандомизация экспериментальных и контрольных групп все же считается большинством исследователей наиболее эффективной и беспристрастной методологией [Bradford Hill, 1961; Cawley, 1983; Fox, 1998a; Spiegel et al, 1998]. Именно по этой причине мы и рассматривали только рандомизированные контролируемые исследования в приведенном здесь кратком обзоре. Как отмечалось ранее, рандомизации присущи свои недостатки, но в отсутствие явно превосходящего ее способа исключения предвзятости мы придерживаемся именно ее. Однажды Уинстон Черчилль описал демократию как самую плохую форму правления, если не считать, что все остальные формы уже были опробованы. Аналогично, рандомизацию можно считать самым неудовлетворительным способом борьбы с предвзятостью.

Резюме и выводы

Исследования, упоминавшиеся в этой главе, относятся к категории рандомизированных, и поэтому при определении воздействия психологической терапии на продолжительность выживания были учтены биологические прогностические факторы. Несогласованные результаты исследований с участием пациентов с разными формами рака, находящихся на разных стадиях онкологического заболевания и подвергающихся разным психологическим вмешательствам, мешают сделать какие-то определенные выводы. Тем не менее, ниже приведены некоторые предварительные выводы, которые могут быть пересмотрены в свете будущих исследований.

1. Ни поддерживающе-экспрессивная, ни когнитивно-поведенческая групповая терапия не оказывает никакого влияния на продолжительность выживания женщин с метастатическим раком молочной железы.
2. Женщины с диагнозом менее продвинутой (т.е. неметастатической) формы рака молочной железы могут прожить дольше, если они пройдут курс психологической терапии в небольших группах. Но столь обнадеживающий результат еще требуется проверить в повторных исследованиях.
3. Опубликованных результатов исследований с участием пациентов с другими формами рака, а не только рака молочной железы, недостаточно, чтобы сделать какие-нибудь выводы.
4. Принимая во внимание решающее влияние биологических фактов на течение онкологических заболеваний, маловероятно, чтобы психологическая терапия могла оказывать влияние на продолжительность выживания пациентов с диагнозом метастатических или других продвинутых форм рака. Опубликованные результаты большинства исследований подтверждают такой вывод.
5. Психологическая терапия может привести к скромному улучшению в отношении продолжительности выживания у пациентов с неметастатическим раком молочной железы. Но это необходимо еще проверить в ходе дальнейших крупных тщательно контролируемых исследований.

Часть II

КПТ для онкологических пациентов

Общий обзор терапии

В этой главе дается общий обзор когнитивно-поведенческой терапии, рекомендуемой для онкологических пациентов.

Место психотерапии в онкологии

После выхода в свет предыдущего издания этой книги область психосоциальной онкологии продолжала развиваться, а необходимость психологической поддержки пациентов была отмечена в официальных документах. В 2002 году мы предложили три перечисленных ниже уровня экспертизы и интервенций.

1. Владение основными навыками специалистами в сфере здоровья, включая умение сообщать плохие новости, предоставлять необходимую информацию, выявлять дистресс и уметь организовывать работу с ним, а также распознавать те проблемы, которые требуют вмешательства со стороны других специализированных служб.
2. Проведение интервенций внутри онкологических служб, включая консультирование или другие психологические вмешательства в форме краткосрочной информационной терапии или более долгосрочной поддержки как части обязанностей клинических медсестер или социальных работников.
3. Предоставление специализированных психоонкологических услуг патронажными медсестрами или специалистами в области консультативной психиатрии.

Национальный институт здравоохранения и усовершенствования клинической практики (National Institute for Clinical Excellence) рекомендовал в 2004 году четырехуровневую модель профессионального психологического оценивания и интервенций для обязательного внедрения в каждом госпитале Национальной онкологической сети (Cancer Network) в Великобритании в соответствии с *Руководством по усовершенствованию*

результатов поддерживающей и паллиативной клинической практики (Supportive and Palliative Care Improving Outcomes Guidance). Специалисты в области здравоохранения и социальные работники должны отвечать за предоставление психологической поддержки на первом и втором уровнях данной модели, в то время как с более серьезным психологическим дистрессом (на третьем и четвертом уровнях) должны работать самые разные специалисты в области психологии. К их числу относятся консультанты, медсестры по психическому здоровью, клинические и медицинские психологи, психотерапевты и специалисты в области консультативной психиатрии. Тем самым признается, что такие специалисты могут быть востребованы во всей Национальной онкологической сети, на уровне первичной клинической практики и сообществ, а также в клиниках и хосписах. Все специалисты, работающие с онкологическими пациентами, должны уметь распознавать их психологические потребности, иметь навыки слушания, предоставлять полезную информацию, сострадательно общаться с пациентами и обеспечивать общую психологическую поддержку (на первом уровне упомянутой выше модели).

Часть персонала может пройти дополнительную подготовку, чтобы уметь распознавать психологический дистресс и проводить простые психологические интервенции, например, проблемно-разрешающие (на втором уровне упомянутой выше модели). А на следующем (третьем) уровне данной модели другие специалисты будут предоставлять консультирование и проводить особые психологические интервенции, в том числе обучение совладанию с тревогой и терапию, фокусированную на решении, опираясь на четкие теоретические концепции. Специалисты по психическому здоровью должны будут предоставлять на четвертом уровне данной модели помощь, которая состоит из специальных психологических и психиатрических интервенций, включая и КПТ. Доступность подобных услуг все еще непостоянна. Имеются инициативы в отношении обучения специалистов работающих в сфере онкологии основным коммуникативным и психологическим навыкам, и некоторые обнадеживающие доказательства полезности таких навыков уже имеются [Mannix et al, 2006; Moorey et al, 2009]. Доступ к специалистам по психическому здоровью нередко оказывается затруднен, кроме того у них может не всегда оказаться достаточно уверенности для того, чтобы работать с людьми, имеющими угрожающие их жизни болезни.

КПТ можно применять на всех четырех уровнях упомянутой выше модели психологической поддержки. На первом и втором уровнях данной

модели мы успешно помогали медсестрам, занимающимся паллиативным лечением, сформулировать концепцию психологического дистресса в когнитивных рамках, а также применять основные когнитивные и поведенческие методы [Cort et al, 2009]. Авторы публикации [Sage et al, 2008] издали практическое руководство и набор инструментов, которые служат полезным КПТ ресурсом для специалистов в области онкологии. Этот материал предназначен в большей степени для тех, у кого имеется некоторая подготовка в области психического здоровья или КПТ и кто желает узнать, как применять подобные навыки в работе с онкологическими пациентами (на третьем и четвертом уровнях), хотя многие принципы и вмешательства можно также применять на первом и втором уровнях.

Первоначально мы назвали такую форму КПТ “адьювантной психологической терапией” (АПТ). Как вполне ожидаемо проходить курс адьювантной химиотерапии, так в такой же степени будет ожидаемо проходить и курс адьювантной психологической терапии [Cunningham, 1995]. Следовательно, АПТ предназначена для применения параллельно или в дополнение к медицинским формам лечения как интегративная терапия. Делая акцент на развитии позитивных установок, помогая пациентам содействовать лечению и справляться с ним, а также снижая уровень эмоционального дистресса, подобная терапия может дополнять традиционное медицинское лечение. Некоторые ее теоретические и клинические компоненты могут применяться на всех четырех уровнях психологической поддержки. Когда, например, пациент раздумывает, продолжать ли ему курс химиотерапии, онколог, сотрудничая с пациентом, может помочь ему оценить издержки и выгоды от такого лечения (см. главу 9). А когнитивно-поведенческие методы могут применяться более формально медсестрами, специализирующимися по уходу за пациентками с раком молочной железы или других форм рака (например, медсестрами из благотворительного Фонда онкологической помощи имени Макмиллана (Macmillan Cancer Support) в Великобритании), как в групповой, так и в индивидуальной форме. А клинические психологи и психиатры найдут такую терапию особенно пригодной для пациентов с симптомами депрессии, которые к ним обращаются.

Такая терапия предназначена для применения в широком спектре проблем: от людей без патологических симптомов, которым требуется помощь, чтобы лучше справиться с онкологическим заболеванием, до людей с явно определяемым психическим заболеванием. Но большинство пациентов будут обращаться к рассматриваемой здесь терапии из-за того,

что они переживают определенный дистресс. Люди, которые сталкиваются с *реакциями адаптации*, составляют самую большую группу тех, кто обращается за психологической помощью. При наличии таких пациентов основной акцент может быть, прежде всего, сделан на недирективных методах, содействии выражению негативных эмоций, прежде чем перейти к проблемно-разрешающим компонентам терапии.

При уровне депрессии или тревоги, изменяющемся от *слабого* до *умеренного*, АПТ выглядит очень похожей на стандартную КПТ. Вентиляция чувств может оказаться менее важной, особенно если имеется вполне устоявшийся хронический дезадаптивный стиль адаптации к заболеванию. Упомянутые выше руководства Национального института здравоохранения и усовершенствования клинической практики (NICE) относительно лечения и ухода за взрослыми пациентами с хроническими физическими проблемами здоровья рекомендуют сделать КПТ доступной для совладания с умеренной депрессией [*National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009*].

Проблемы во взаимоотношениях и сексуальные проблемы, ассоциированные с онкологическим заболеванием могут быть также рассмотрены с помощью этого подхода, но в тех взаимоотношениях, где конфликт или разлад имеют давнюю историю, влияние онкологического заболевания нередко оказывается второстепенным. Краткосрочная фокусированная терапия, нацеленная, главным образом, на совершенствование личной и супружеской адаптации к физическому заболеванию, может оказаться в данном случае непригодной, и поэтому для таких супружеских пар может потребоваться формальная супружеская или семейная терапия. Имеются вполне устоявшиеся когнитивно-поведенческие подходы к подобным проблемам, которые можно применять и к онкологическим пациентам [*Beck, 1988; Dattilio and Padesky, 1990; Dattilio, 1997; Jacobson et al, 2000; Shadish and Baldwin, 2005*].

Антиципаторная тошнота появляется у 10% пациентов, проходящих курс химиотерапии [*Aapro et al, 2005*]. Тошнота и тревога ощущаются непосредственно перед химиотерапией и могут порождаться особыми внешними факторами, в том числе шприцами, белыми халатами или больничной обстановкой. Такое состояние очень хорошо отвечает сочетанию когнитивных и поведенческих методов терапии [*Watson and Marvell, 1992; Watson, 1993*], и при этом было продемонстрировано, что такие методы лечения могут применяться теми медицинскими специалистами, у которых

нет обстоятельного психотерапевтического обучения [Morrow et al, 1992]. Онкологическую боль можно также облегчить когнитивно-поведенческими методами [Turk and Fernandez, 1991; Crichton and Moorey, 2002].

АПТ непригодна для тех пациентов, которые имеют активные психотические симптомы. Когнитивно-поведенческие методы, успешно применявшиеся при шизофрении, требуют специальной подготовки и опыта [Kuipers et al, 1997; Kingdon and Turkington, 2005]. Это совсем не означает, что пациенты с диагнозом шизофрении, находящиеся в ремиссии или те, чьи психотические симптомы достаточно хорошо контролируемые, не могут извлечь пользу из рассматриваемой здесь терапии. Это же относится и к пациентам с диагнозом *органического психоза* (например, признаками состояния спутанности или слабоумия, иначе — деменции). Поэтому очень важно работать в тесной связи с онкологами, которые лечат пациентов, чтобы исследовать и устранить любые органические причины психологических реакций, прежде чем переходить к курсу рассматриваемой здесь терапии. Людям с более *серьезными формами депрессии* или *состояниями тревоги* нередко требуется определенное сочетание психотерапии и фармакологического лечения, как и советуется в рекомендациях Национального института здравоохранения и усовершенствования клинической практики (NICE) [National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009].

Большинство пациентов имеющих проблемы с адаптацией могут пройти курс АПТ в форме, описанной в этой книге. В табл. 5.1 сведены виды психических расстройств, встречающихся в онкологии, а также даются рекомендации по применению АПТ в каждом случае.

Таблица 5.1. Психические расстройства, проблемы и состояния, встречающиеся в онкологии и рекомендации по использованию АПТ

Пригодность для АПТ	Расстройство
Пригодно	Реакции адаптации
	Депрессия
	Тревога
	Сексуальные проблемы
	Проблемы во взаимоотношениях
	Антиципаторная тошнота
	Боль

Пригодность для АПТ	Расстройство
Скорее всего пригодно, но может потребовать модификации терапии (например, сочетания с медикаментозным лечением или продления курса терапии)	Тяжелая депрессия
	Сильная тревога
	Сопутствующее расстройство личности
	Злоупотребление алкоголем
	Уже существующие серьезные проблемы во взаимоотношениях
Не пригодно	<i>Разновидности активного психоза</i>
	Шизофрения
	Биполярное аффективное расстройство
	<i>Разновидности органического психоза</i>
	Состояния спутанности
	Деменция

Теоретические основы АПТ

В когнитивной модели адаптации (см. главу 2) предполагается, что именно оценки, интерпретации и оценочные суждения, которые человек делает о раке, определяют его эмоциональные и поведенческие реакции. Эмоциональные реакции человека порождают не сами симптомы заболевания или эффекты от лечения, а те смысловые значения, которые они имеют для него. Для адаптации к заболеванию самым главным является именно то, что человек думает о своей болезни и ее последствиях для его жизни. Если для человека преобладающее значение имеет нанесенный болезнью урон, то он почувствует себя подавленным. Если же рак представляет потенциальную угрозу здоровью, безопасности или самой жизни человека, то его эмоциональной реакцией станет тревога. Но если человек воспринимает заболевание как вторжение и несправедливое посягательство на его внутренний мир, то его эмоциональной реакцией станет гнев. Адаптация к онкологическому заболеванию подразумевает интерпретацию типа стресса, который вызывает рак, оценивание, насколько хорошо можно совладать со стрессом, а также мобилизацию копинговых стратегий поведения.

Эмоциональные реакции, очевидно, будут разными по мере того, как будет изменяться само заболевание, а человек — искать другие способы интерпретации своего положения.

Как было показано в главе 2, у каждого человека имеется ряд основных представлений о самом себе и его внутреннем мире, которые обычно не включают в себя верования о том, что у него разовьется рак. Поэтому одна из задач, стоящих перед онкологическим пациентом, состоит в осмыслении поставленного диагноза путем включения его в свое мировосприятие или модификации своих убеждений. Одни авторитетные источники настаивают на том, что рак вынуждает людей изменить свои убеждения, признав, что окружающий мир не благоволит им [Janoff-Bulman, 1999]. А другие указывают на способ, которым человек может постараться сохранить “позитивные иллюзии”, сделав, например, акцент на том, что другие люди находятся в еще худшем положении, — даже перед лицом тяжелой болезни [Taylor et al, 2000].

После первоначального периода потрясения у большинства пациентов развивается относительно устойчивый *стиль адаптации*. Наиболее существенную угрозу рак несет самому выживанию пациента. Как пояснялось в главе 2, имеется пять наиболее распространенных стилей адаптации, перечисленных в блоке 5.1, и каждый из них представляет собой несколько иной взгляд на угрозу выживанию.

Блок 5.1. Распространенные стили адаптации

Боевой дух.

Отрицание.

Фатализм.

Беспомощность и безнадежность.

Тревожная озабоченность.

Эти стили адаптации образуют совокупность мыслей, эмоций и форм поведения, которые человек использует для того, что справиться со своим состоянием. Индивидуальный стиль адаптации можно рассматривать в качестве *когнитивной схемы*. Это похоже на шаблон, по которому можно осмыслить заболевание, его лечение, реакцию человека и будущий исход. У людей с дезадаптивными стилями адаптации к своему заболеванию обычно имеется жесткая схема. Существует когнитивная триада, состоя-

щая их негативного представления о диагнозе, контроля над заболеванием и его прогноза. Например, пациент с реакцией беспомощности и безнадёжности на заболевание воспринимает свой диагноз как смертный приговор, убежден, что никто ему уже ничем не поможет, и не чувствует никакой надежды на будущее.

В таком случае информация о раке обрабатывается в искаженном виде. *Когнитивные искажения* поддерживают схему беспомощности и безнадёжности, отсеивая обнадеживающую информацию и в то же время преувеличивая негативную информацию о заболевании. Такие пациенты делают чрезмерные обобщения из единственного события, думая, например, следующим образом: “Мне было слишком плохо, чтобы сделать сегодня много дел. Я никогда не смогу делать то, что хочу”. Они могут также мыслить лишь двумя категориями черного и белого, например, таким образом: “Если я не могу делать все, что обычно делаю, то какой вообще смысл что-нибудь делать”. Чем больше укореняется дезадаптивный стиль адаптации к заболеванию, тем более негативным становится мышление. У таких пациентов нередко появляются *негативные автоматические мысли*, которые могут оказаться совершенно нереалистичными и преувеличенными. Такие мысли поддерживают эмоциональный дистресс у пациента и мешают ему пользоваться эффективными копинговыми стратегиями.

Аналогичным образом действуют и другие стили адаптации к заболеванию, как показано в табл. 5.2. Очевидно, что имеется целый спектр мыслей и установок к заболеванию: от реалистичных до самых нереалистичных. И хотя для многих людей с продвинутой стадией болезни пессимистический взгляд на ее прогноз является корректным, дезадаптивные стили адаптации к заболеванию все же искажают действительность, представляя ее более мрачной, чем она есть на самом деле. В итоге беспомощный и безнадёжный пациент с продвинутой стадией болезни сосредоточится на своей неспособности что-нибудь сделать со своей болезнью или качеством своей жизни, вместо того чтобы искать пути для контроля над болезнью и повышения качества оставшейся жизни.

Смысловое значение рака и угроза смерти, вероятно, являются самыми важными факторами, оказывающими влияние на адаптацию пациента к такому заболеванию. Но для некоторых людей более важными могут оказаться другие факторы, связанные с их заболеванием. Они могут быть действительно убеждены в возможности излечения, но его побочные эффекты могут показаться им непереносимыми.

Таблица 5.2. Восприятие пациентами диагноза, степени личного контроля и прогноза в разных стилях адаптации к онкологическому заболеванию

Схема выживания			
Стиль адаптации	Диагноз	Контроль	Прогноз
Боевой дух	Серьезное испытание	Убеждение, что пациент может контролировать свое заболевание и/или жизнь	Хороший
Отрицание	Минимальная угроза	Нерелевантный	Хороший
Фатализм	Минимальная или большая угроза	Убеждение, что другие могут контролировать свое положение, а сам пациент этого не может	Неизвестный
Беспомощность и безнадежность	Большая угроза, потеря или поражение	Убеждение, что ничто не может повлиять на исход заболевания	Плохой
Тревожная озабоченность	Большая угроза	Неуверенность пациента в своей способности контролировать заболевание	Неопределенный

Некоторые пациенты могут быть в дистрессе из-за последствий хирургического вмешательства, и если они испытывают сильное или длительное эмоциональное потрясение, то им потребуется помощь, чтобы справиться с ним. В подобных случаях у таких пациентов нередко возникают негативные автоматические мысли, отражающие нереалистичное самоуничижение. Например, у таких пациентов могут возникнуть следующие мысли: “Мне страшно, что я могу сойти от этого с ума” или “Меня, возможно, никто не любит”. А для других пациентов может иметь немалое значение то обстоятельство, что последствия их заболевания отрицательно скажутся на важных областях их жизни. Так, многие мужчины считают себя менее ценными, если им придется оставить работу в результате онкологического заболевания. Подобные факторы обычно подразумевают некоторую угрозу самовосприятию человека из-за потери привлекательности, общественной социальной роли, самооценки и т.д.

До развития рака у отдельных людей обычно складывается довольно устойчивое представление о себе относительно других людей и окружа-

ющего мира. Это можно рассматривать как *личностную схему*, объединяющую воспоминания, убеждения и цели, связанные с самовосприятием. Рак совсем не обязательно посягает на это, но иногда последствия рака или его лечения могут представлять большую угрозу личности пациента. Так, если человек твердо убежден, что он может быть счастлив лишь тогда, когда другие находят его привлекательным, то любое изменение образа в результате лечения может нанести серьезный ущерб его самооценке. У пациентов, испытывающих трудности в совладании с последствиями их заболевания, может выработаться негативное представление о себе как об отвратительных, нездоровых и нелюбимых. А пациенты, испытывающие угрозу их обычному представлению о себе, испытают в итоге сильную тревогу. Так может произойти, например, в том случае, если женщина уверена, что она облысеет и потеряет привлекательность вследствие химиотерапии. Обе эти разновидности угрозы, а именно: *угроза выживанию* и *угроза личности*, могут существовать отдельно или вместе, а привлекаемые к этому когнитивные структуры — взаимодействовать.

Если такая схема выживания становится более генерализованной, она может быть приложима на те области жизни пациента, которые не связаны с онкологическим заболеванием. Так, реакция беспомощности и безнадежности может перейти в депрессию по мере того, как негативное мышление будет становиться более генерализованным касательно представлений о себе, окружающем мире и будущем, не связанных с заболеванием. Тревожная озабоченность может быть генерализована до состояния тревоги. По ходу развития устойчивого стиля адаптации к заболеванию пациенты нередко проходят через самые разные интерпретации своего положения. Эмоции гнева, печали и страха являются нормальной частью адаптационного процесса. Возможно, определенный градус эмоционального переживания необходим для развития адаптивного способа совладания с болезнью. Пациенты, избегающие таких эмоций или не имеющие круга социальной поддержки, в котором они могли бы выразить свои чувства, могут испытывать трудности в адаптации к своему заболеванию.

И финальный компонент теоретических основ КПТ для пациентов с диагнозом рака касается интерактивной природы совладания с онкологическим заболеванием. Такое заболевание происходит в социальном контексте, а, следовательно, люди, играющие большую роль в жизни пациента, будут оказывать влияние на его чувства. Друзья, родные и медицинские специалисты — все они оказывают пациенту информационную и эмоци-

ональную поддержку. А то, как пациент интерпретирует поведение этих лиц, будет содействовать наблюдаемой эмоциональной реакции с его стороны. Например, одна женщина с диагнозом рака молочной железы была убеждена, что реакции ее друзей на новость о появившемся у нее заболевании, будет состоять из жалости и сплетен, и поэтому она решила не говорить никому о своем диагнозе. А другая женщина с диагнозом рака яичников обнаружила, что, рассказав другим людям о своем диагнозе, она почувствовала облегчение, а также уверенность, что ей хватит сил открыться, даже если реакция ее друзей будет не такой поддерживающей, как она надеялась.

Партнер пациента играет очень важную роль в его способности к совладанию. Рак может кардинально сказаться на динамике взаимоотношений пациента с партнером. Подавление эмоций, особенно гнева, может привести к осложнениям в общении пациента с партнером, для устранения которых потребуется психологическая помощь.

Исходя из этих теоретических основ, можно сформулировать цели рассматриваемой здесь терапии.

Цели данной терапии

Ниже перечислены цели рассматриваемой здесь терапии.

1. Снизить эмоциональный дистресс.
2. Улучшить психологическую адаптацию к раку путем стимулирования позитивного боевого духа.
3. Содействовать развитию у пациента ощущения личного контроля над своей жизнью и активному участию в лечении его онкологического заболевания.
4. Выработать эффективные копинговые стратегии для совладания с проблемами, связанными с онкологическим заболеванием.
5. Улучшить коммуникацию пациента с его партнером.
6. Побудить к открытому выражению чувств, особенно гнева и других негативных эмоций, в безопасной обстановке.

Формат терапии

АПТ была разработана как модификация когнитивной терапии Бека. На основании опыта лечения онкологических пациентов в Госпитале Кингс-Колледж и Госпитале Роял Марсден, что в Лондоне, был сформирован целый ряд практических стратегий совладания с проблемами, возникающими в такой группе пациентов. Этот клинический опыт был использован для адаптации тех методов когнитивной терапии, которые традиционно применялись к пациентам, страдавшим от симптомов тревоги и депрессии.

АПТ проводилась в течение 6–12 еженедельных сессий, продолжительностью до 1 часа каждая. Данная терапия является проблемно-ориентированной, эти проблемы могут носить эмоциональный характер (например, депрессия), межличностный характер (например, проблемы в коммуникации с партнером) или же иметь отношение к конкретной форме рака (например, проблемы, связанные с образом тела у пациенток, подвергшихся мастэктомии). Пациента обучают когнитивной модели адаптации к раку и наглядно показывают, как его мысли содействуют возникающему у него дистрессу. Этот эдукационный компонент очень важен потому, что она обосновывает потребность в копинговых стратегиях, которым пациента обучают в ходе рассматриваемой здесь терапии. Каждая сессия имеет четкую повестку дня, в которой запланировано рассмотрение одной или нескольких проблем. Регулярное выполнение домашних заданий служит для того, чтобы пациент приобрел опыт поиска альтернативных и более конструктивных способов мышления и развития новых копинговых стратегий.

Терапевтические отношения являются одной из форм “эмпирического сотрудничества”, посредством которого пациента обучают анализировать свои убеждения в отношении рака и трактовать их как гипотезы, которые могут быть проверены. Так, если кто-то находится на ранней стадии онкологического заболевания с хорошим прогнозом, то его утверждение вроде “Я знаю, что умру до следующего года” проверяется путем рассмотрения доказательств за и против такого утверждения. Нередко убеждения основываются на ложных представлениях или вообще не имеют никаких доказательств. И даже тогда, когда онкологическое заболевание находится на продвинутой стадии, такая мысль может оказаться излишне пессимистичной, поскольку она допускает несуществующую определенность, касающуюся

юся течения заболевания. Кроме того, психотерапевт сотрудничает с пациентом, чтобы найти и применять стратегии совладания с онкологическим заболеванием. Подобная терапия концептуализирована как совместная проблемно-разрешающая работа, где инсайты и предположения пациента и его партнера могут оказаться полезными для психотерапевта.

Компоненты терапии

В этом разделе описываются основные компоненты рассматриваемой здесь терапии.

Эмоциональная экспрессия

Несмотря на то, что эмоциональная экспрессия вряд ли окажется терапевтической, если является единственной процедурой в терапии, но все же ей принадлежит важное место в терапии пациентов, сталкивающихся с реакциями адаптации. Вентиляция чувств часто необходима перед тем как будет использован проблемно-разрешающий подход. Гнев является одной из тех эмоций, которые онкологическим пациентам оказывается трудно выразить [Watson et al, 1984], и поэтому АПТ ставит перед собой цель содействовать конструктивному выражению гнева (см. главу 7).

Поведенческие методы

Обычно поведенческие методы применяются на ранних стадиях рассматриваемой здесь терапии. Это такие же методы, как и те, что применяются в КПТ для тревоги и депрессии, включая техники градуированных заданий и планирование активности, поведенческие эксперименты, релаксацию и отвлечение внимания. Рак лишает пациентов контроля над их собственным телом, а его лечение подразумевает большую пассивность, чем лечение других заболеваний. Такая потеря контроля переносится и на другие области жизни пациента. Поведенческие методы помогают ощутить чувство владения или контроля пациента над своей жизнью и окружением. А поведенческие задания могут помочь пациенту развить в себе ощущение контроля над своим заболеванием, побуждая его содействовать лечению или применять такие техники самопомощи, как визуализация. Они могут также развить ощущение контроля в областях, не связанных с онкологическим заболеванием, и косвенно содействовать укреплению боевого духа пациента.

Когнитивные методы

На протяжении терапевтической сессии психотерапевт выявляет автоматические мысли, связанные с теми проблемами, с которыми сталкивается пациент, и показывает ему, как он может самостоятельно выявлять негативные мысли. С первой или второй сессии пациенту дается задание осуществлять контроль своих мыслей в промежутках между сессиями. Как только подобные мысли будут распознаны, на следующем этапе пациент учится тестировать их. Для выполнения этого процесса когнитивной реструктуризации могут быть использованы самые разные методы. Так, *тестирование реальности* подразумевает анализ доказательств конкретной мысли или убеждения. Это дает возможность отличать реалистичные, грустные или тревожные мысли от искаженного негативного мышления.

Метод, который может применяться для реалистичных и нереалистичных мыслей, вызывающих дистресс, называется *поиском альтернатив*. В данном случае пациенту рекомендуется исследовать все возможные объяснения, прогнозы или способы рассмотреть нечто конкретное и выяснить, имеются ли более реалистичные или позитивные ему альтернативы. *Декастрофизация* побуждает пациента подумать о том, чего он боится, и выяснить, действительно ли все так плохо. Например, пациент, который боится рецидива своего заболевания, может подумать о том, какие имеются виды лечения и какие методы борьбы с заболеванием можно было бы разработать, если бы оно возобновилось. Тестирование *воздействия негативного мышления* помогает наглядно показать, что даже если мысль и реалистична, она совсем не обязательно полезна, поскольку она может помешать человеку в разрешении проблемы или сладить со своей жизнью. Когда пациент умеет распознавать эти негативные отрицательные автоматические мысли, в ответ на них он начинает пользоваться более правдоподобными и конструктивными мыслями. Часто такое когнитивное изменение предполагает наличие *поведенческого плана*, с помощью которого можно укрепить новый способ мышления. Если пациент не совсем уверен в пригодности альтернативного способа мышления, он может попробовать провести *поведенческие эксперименты*, чтобы протестировать прежние и новые убеждения.

Работа с парами

Партнеров можно привлечь к АПТ пациентов двумя основными способами. В частности, партнеры могут действовать как влиятельные ко-терапевты, напоминая пациенту о его сильных сторонах и тех прошлых временах,

когда они эффективно справлялись с трудностями вместе, а также подкрепляя успешные усилия пациента в совладании с его заболеванием. Проблемы во взаимоотношениях можно разрешить, сочетая когнитивные и поведенческие методы с сильным акцентом на фасилитации коммуникации.

В последующих главах упомянутые выше методы будут описаны более подробно. В адьювантной психологической терапии применяются поведенческие, когнитивные, эмоционально-фокусированные и межличностные методы, и поэтому ее можно описать как мультимодальную терапию, как следует из ее характеристик, перечисленных в блоке 5.2. Такие методы приспособляются к конкретным потребностям пациента. У некоторых пациентов отсутствует партнер, и поэтому им подходит лишь индивидуальная терапия как единственно доступный метод терапии. Одним пациентам приходится тратить немало времени лишь на то, чтобы поговорить о своих чувствах, а другие пациенты могут сразу же перейти в проблемно-разрешающий режим. Многие пациенты быстро извлекают выгоду только из поведенческих методов, не обращаясь к когнитивным методам, тогда как другие пациенты не обнаруживают никаких поведенческих дефицитов, и поэтому они используют когнитивные интервенции как главный терапевтический метод.

Блок 5.2. Характеристики АПТ

Основывается на когнитивной модели адаптации к раку.

Структурированная.

Краткосрочная (от 6 до 12 сессий).

Проблемно-фокусированная и проблемно-ориентированная.

Эдукационная (пациент обучается копинговым стратегиям).

Предполагает сотрудничество.

Подразумевает назначение и выполнение домашних заданий.

Использует различные терапевтические техники:

- недирективные методы;
- поведенческие техники;
- когнитивные техники;
- межличностные техники.

Фазы терапии

Столь гибкий подход означает, что цели и методы подлежат изменению и развитию в ходе рассматриваемой здесь терапии в ответ на потребности пациента. Установить жесткие и твердые правила проведения терапии невозможно, но иногда полезно рассматривать терапию, как состоящую из трех обширных фаз. Эти фазы обычно имеют цели, которые незначительно отличаются, поэтому акцент делается на разных методах.

Начало терапии

Ниже перечислены цели начальной стадии рассматриваемой здесь терапии.

- 1. Ослабление симптомов.** Психотерапевт работает с пациентом над разработкой стратегий совладания с насущными проблемами, под которыми обычно подразумевается эмоциональный дистресс (например, депрессия и тревога) или жизненный кризис. В данной стадии применяются такие проблемно-разрешительные и поведенческие методы, как отвлечение внимания, релаксация, техники градуированных заданий и планирование активности.
- 2. Ведение обычного образа жизни.** Психотерапевт объясняет пациенту принципы максимального повышения качества его жизни, которое ему доступно. Пациенту и его партнеру оказывается помощь в планировании такого активного и плодотворного совместно проводимого времени, которое возможно с учетом ограничений, накладываемых заболеванием. В качестве основы для этой цели используется ежедневный план действий. Планирование деятельности помогает:
 - опираться на сильные стороны;
 - использовать личное мастерство и опыт получения удовольствия для содействия контролю;
 - побуждать пациента и его партнера планировать новые цели.
- 3. Обучение когнитивной модели.** Цели, указанные выше в пп. 1 и 2, должны быть достигнуты в когнитивных рамках. По мере выявления и разрешения проблем, они формулируются в когнитивных понятиях. Психотерапевт неоднократно пользуется примерами, построенными на мыслях и чувствах пациента. В данной фазе некоторые пациенты могут приступить к отслеживанию своих мыслей.

- 4. Побуждение открыто выразить чувства.** Пациент побуждается выразить и принимать такие негативные эмоции, как гнев и отчаяние, прежде чем они станут субъектами любого тестирования реальности. *Искусство АПТ состоит в достижении правильного баланса между столкновением со страхами вокруг рака и позитивным избеганием их, посредством активного метода, описанного выше в п. 2.*

Продолжительность данной фазы зависит от ответной реакции пациента. Обычно эта фаза длится от двух до четырех сессий.

Средняя фаза терапии

К концу первой фазы рассматриваемой здесь терапии эмоциональный дистресс пациента должен до некоторой степени ослабиться, и он должен быть ознакомлен с когнитивной моделью. Во время средней фазы рассматриваемой здесь терапии эта работа продолжается в более четких выраженных когнитивных рамках. Ниже перечислены цели данной фазы.

- 1. Обучение навыкам отслеживания мыслей и использованию основных принципов совладания с неконструктивным мышлением.** Для выполнения регулярных заданий по самопомощи применяется бланк “Запись функциональных мыслей” (Dysfunctional Thoughts Record, DTR).
- 2. Продолжение проблемо-разрешающего процесса.** Акцент постепенно смещается с приоритетов первой фазы (т.е. снижения эмоционального дистресса и преодоления жизненных кризисов) на решение менее срочных, но в равной степени важных вопросов (например, социальной изоляции, коммуникационных проблем между пациентом и его партнером, затруднений в совладании с непредсказуемостью онкологического заболевания). Пациент и его партнер берут на себя все более активную роль в разрешении проблем по ходу проведения терапии.
- 3. Продолжение процесса борьбы с онкологическим заболеванием.** Цель по-прежнему состоит в улучшении качества жизни, но теперь поведенческие методы дополняются когнитивными методами. Некоторые пациенты, возможно, пожелают исследовать способы, которые позволили бы им самостоятельно предпринимать активные шаги для улучшения прогноза своего заболевания.

Данная фаза длится от трех до шести сессий.

Окончание терапии

По окончании средней фазы пациент и его партнер должны усвоить новые пути вовлечения в жизнь и противодействия негативным мыслям. Не все проблемы могут быть разрешены полностью, но в распоряжении пациента и его партнера будут средства для продолжения их решения, помимо самой терапии. Завершающая фаза рассматриваемой здесь терапии выглядит следующим образом:

- 1. Предотвращение рецидивов.** Обсуждаются копинговые стратегии, которыми можно будет воспользоваться в будущем при рецидиве онкологического заболевания или появлении других стрессов, вызывающих эмоциональный дистресс, связанный с угрозой жизни пациента. С определенными пациентами может быть уместна дискуссия о рецидиве рака и смерти.
- 2. Составление планов на будущее.** По ходу терапии можно обсудить дальнейшие цели в более долгосрочной перспективе, при условии, что прогноз выздоровления довольно хороший. В этом случае пары побуждают наметить такие цели, которые могут быть действительно достигнуты в течение 3, 6 или 12 месяцев, а также составить практические планы для их достижения.
- 3. Выявление базовых установок и глубинных убеждений.** Некоторым людям может быть полезно проанализировать свои убеждения, порождающие у них эмоциональные проблемы, а также помочь им изменить некоторые правила, которыми они привыкли руководствоваться по отношению к себе и окружающему миру. Многим людям требуется изменить стиль их жизни из-за столкновения с онкологическим заболеванием (делая, например, меньший акцент на профессиональных достижениях, ведя более здоровый образ жизни и т.д.). Такие позитивные изменения могут быть обсуждены во время данной фазы, если это будет уместно.

Данная фаза может длиться от одной до трех сессий. Насколько подробно следует обсуждать упомянутые выше вопросы — зависит от отклика пациента на предыдущие фазы АПТ.

Наглядный пример АПТ

В этом разделе рассматривается клинический случай, наглядно показывающий основные принципы АПТ, изложенные в этой главе. Чтобы сделать данный пример более наглядным, был выбран клинический случай из индивидуальной терапии. При описании других клинических случаев далее в этой книге будет показано, как АПТ проводится с парами.

У Сьюзен, 34-летней женщины, был рак молочной железы, который у нее лечили сначала путем экцизионной биопсии (забора патологического образования целиком для исследования), а затем радиотерапии. Через два года обнаружилось, что рак молочной железы снова появился в той же самой груди, а лимфоузлы другой груди были поражены метастазами. Она охотно согласилась на то, чтобы подвергнуться мастэктомии или пройти курс химиотерапии и начала принимать тамоксифен. Но поскольку размер опухоли увеличился, несмотря на гормональное лечение, Сьюзен согласилась пройти три курса химиотерапии в разных терапевтических комбинациях без заметного улучшения. В связи с этим она стала тревожиться по поводу влияния дальнейшего лечения на ее внешность, особенно опасаясь потери волос. Она все больше стала чувствовать раздражение, депрессию и апатию, и поэтому она попросила направить ее для получения психологической помощи. Во время собеседования у нее было слегка подавленное настроение с симптомами потери мотивации и удовольствия, нерешительности и навязчивых мыслей по поводу рака. В частности, она была озабочена влиянием побочных эффектов лечения на ее внешность. В итоге был поставлен диагноз малой реактивной депрессии вместе с тревожным компонентом. Назначенный курс терапии состоял из 12 еженедельных сессий АПТ. Сьюзен пришла на первую сессию терапии вместе со своим мужем, но он смог посещать остальные сеансы лишь эпизодически, несмотря на ее попытки привлечь его.

Начало терапии

На первом сеансе терапии были выявлены перечисленные ниже проблемы.

1. Подавленное настроение.
2. Озабоченность по поводу потери привлекательности и недоверия мужа.
3. Семейный конфликт.

Одна из первых целей данной терапии состояла в том, чтобы облегчить подавленное состояние Сьюзен. Она заметила: “Все, что бы я ни планировала, мне не удавалось сделать... так зачем вообще планировать что-нибудь?” Психотерапевт побуждал ее выразить свои эмоции гнева и безнадежности. Показывая сочувствие к ее печали, касающейся довольно значительных потерь в связи с онкологическим заболеванием, психотерапевт подверг сомнению абсолютный характер подобных заявлений. Основное внимание было уделено негативным мыслям и потере мотивации у Сьюзен для того, чтобы помочь ей сосредоточиться на необходимости жить обычной жизнью.

Психотерапевт подверг сомнению ее убеждение в том, что нет никакого смысла что-нибудь делать, предложив ей выявить то, что она все еще может запланировать в своей жизни. В итоге обнаружили те виды деятельности, которые все еще приносили ей удовольствие, а в качестве домашнего задания на следующую неделю были намечены реалистичные цели (например, покупка рождественских подарков и встреча с подругой). Таким образом, Сьюзен удалось обрести контроль над некоторыми обыденными областями ее жизни, на которые не оказывало влияние онкологическое заболевание. Такие негативные мысли, как упомянутая выше, были выявлены в начале терапии и обычно служили для демонстрации когнитивной модели. Планирование активности продолжалось на протяжении первых четырех сессий, и это помогло Сьюзен повисить свое настроение и мотивацию.

Средняя фаза терапии

На последующих сессиях Сьюзен научилась самостоятельно выявлять негативные мысли. Она начала постоянно отслеживать свои автоматические мысли в тех случаях, когда она чувствовала себя подавленной или встревоженной. Например, когда она однажды была со своим мужем в супермаркете, он пошутил с продавщицей. И она тут же подумала: “Он с ней флиртует. Какая наглость! Что же тогда он себе позволяет, когда меня с ним нет?” От этих мыслей она почувствовала себя незащищенной и покинутой. И тогда ее отрицательные мысли имели следующее продолжение: “Он собирается, в конце концов, оставить меня. Но я могла бы оставить его первой”.

Во время анализа, оказалось, что она была слишком чувствительна к отвержению, исходя из того опыта, что ее муж струсил перед их свадьбой,

хотя он впоследствии был участлив и не давал никаких знаков, что желает ее оставить. Она не могла припомнить ни одного раза после их женитьбы, чтобы он флиртовал с кем-нибудь. Психотерапевт рекомендовал ей продолжить этот процесс тестирования реальности, заменяя негативные мысли более реалистичными, когда она начинала беспокоиться о том, что муж собирается ее оставить. На протяжении этой фазы терапии она продолжила попытки жить нормальной жизнью, и при этом она обнаружила, насколько полезно составлять конкретные планы на каждую неделю.

Окончание терапии

К концу данной терапии была выявлена установка, лежавшая в основе негативных мыслей Сьюзен. Она считала, что может представлять какую-то ценность только в том случае, если она сексуально привлекательна. И тогда психотерапевт рекомендовал ей проанализировать, действительно ли привлекательность определяется только внешним обликом или же у нее могут быть и другие характеристики. Ей помогла мысль о том, что лишь часть ее тела выглядела иначе, а на самом деле ее повседневная жизнь ничем не отличалась от обычного распорядка, поскольку она не пострадала ни от каких существенных побочных эффектов химиотерапии. Она обнаружила, что в результате АПТ ее настроение улучшилось, и в тоже время потребность основывать самооценку только на своей физической внешности у нее уменьшилась.

Практические соображения

Методы и формат КПТ для онкологических пациентов будут более подробно рассмотрены в последующих главах. Но прежде чем перейти к рассмотрению этих методов, было бы полезно обсудить практические вопросы, которые следует принять во внимание, приступая к курсу рассматриваемой здесь терапии. В табл. 5.1 сведены психические расстройства, проблемы и состояния, подходящие для данной терапии и те, при которых АПТ противопоказана. Вне этого будет трудно сказать, кто получит наибольшую пользу от терапии. Пациенты, находящиеся на ранней стадии онкологического заболевания с относительно хорошим прогнозом, могут отлично отреагировать на такую терапию, поскольку они будут тестировать свои негативные мысли о раке по критерию реалистично хорошего будущего. Но это совсем не означает, что и пациенты с продвинутой ста-

дией рака не смогут этого сделать. Как показывает наш опыт, многие люди эффективно совладали со своим недугом, а потом не смогли это делать, когда столкнулись с продвинутой или терминальной стадией болезни. Нередко краткосрочное когнитивно-поведенческое вмешательство может помочь им вновь обрести уверенность в своих силах и способность совладать со своим недугом, причем с впечатляющими результатами. Исследования КПТ при продвинутых стадиях рака показали многообещающие результаты [Savard et al, 2006; Moorey et al, 2009]. Боевой дух в подобных случаях означает оптимизацию качества жизни, как было показано выше на примере Сьюзен, а не надежду на исцеление.

АПТ обычно проводится на протяжении 6–12 сессий. Многие пациенты добиваются результатов в течение более короткого курса терапии, хотя некоторым из них требуется пройти все 12 сессий. Рассматривая возможность проведения терапии свыше 6 сеансов, следует непременно учитывать степень ослабления симптомов у пациента в сравнении с тем уровнем, с которым пациент и его партнер пришли в терапию, а также объем теоретических принципов и техник АПТ, который был изучен пациентом и его партнером. Улучшение симптомов на ранней стадии рассматриваемой здесь терапии в отсутствие любых доказательств, что копинговые стратегии были изучены, может привести к рецидиву психологического дистресса. Когда рак активизирует глубинные негативные убеждения пациента о себе самом и окружающем его мире, исходя из его предыдущего жизненного опыта, то добиться существенных изменений лишь за несколько сессий терапии вряд ли удастся. В таком случае курс терапии необходимо продлить на больший период времени, приложив основные усилия для того, чтобы понять, как возникли убеждения в том, что окружающий мир — опасное и жестокое место обитания, и как сам рак подкрепил такие убеждения, а затем исследовать менее деструктивные взгляды и действовать в соответствии с ними.

Терапевтическая сессия

Несмотря на то, что взаимоотношения психотерапевта и пациента и структура рассматриваемой здесь терапии нередко обозначаются как неспецифические аспекты терапии, они фактически оказываются существенными для успешного использования более специфических вмешательств. В этой главе будет показано, что и то, и другое необходимо для эффективной КПТ.

Ниже перечислены важные стороны терапевтических отношений, рассматриваемых в этой главе.

- Тепло, искренность и эмпатия со стороны психотерапевта.
- Развитие партнерских взаимоотношений для тестирования мыслей и убеждений (эмпирическое сотрудничество).
- Применение метода направляемых открытий для критического оценивания мыслей и убеждений.

КПТ делает больший акцент на структурировании сессий, чем другие терапевтические направления. Поэтому в этой главе обсуждаются следующие вопросы:

- как структурировать первую сессию, включая установление контакта, определение задач и целей, объяснение модели и назначение первого домашнего задания;
- как структурировать последующие сессии;
- основные принципы формирования повестки дня;
- ценность частых обобщений;
- важность получения обратной связи.

Терапевтические отношения

В КПТ требуются те же самые навыки межличностных отношений, что и в любой другой форме психотерапии. Пациенту необходимо чувствовать, что его или ее понимают, и поэтому заинтересованный и преданный своему делу психотерапевт будет цениться больше, чем безучастный его коллега. Если хорошие взаимоотношения психотерапевта и пациента отсутствуют, такие методы, как оспаривание негативных мыслей, могут выглядеть конфронтационными и холодными в подобных взаимоотношениях. Следовательно, очень важно, чтобы терапевтическая техника не препятствовала взаимоотношениям психотерапевта и пациента.

Роль тепла, искренности и эмпатии в психотерапии была активно исследована, и оказалось, что она на 7–10% влияет на результат терапии [Bohart et al, 2002]. Когнитивно-поведенческие психотерапевты считают эти факторы важными, но не придают им исключительного значения в достижении изменений. Онкологические пациенты должны чувствовать, что их психотерапевт хорошо понимает, через какие испытания им пришлось пройти, и что он искренне заинтересован в нем как в человеке и в улучшении его психологического благополучия. Авторы публикации [Burns and Auerbach, 1996] исследовали роль терапевтической эмпатии в КПТ и пришли к выводу, что влияние ее на излечение пациента от депрессии велико “даже в такой высокотехничной форме терапии, как когнитивная терапия”. В терапии очень важен рабочий альянс, в котором пациент доверяет психотерапевту и готов обсуждать и исследовать болезненные для него мысли и чувства. И хотя заметить, когда психотерапевт установил этот уровень контакта с пациентом, совсем не трудно, намного труднее выявить те виды поведения, которые требуются, чтобы его достичь. Авторы публикации [Thwaites and Bennett-Levy, 2007] разделили эмпатию психотерапевта на четыре составляющие: эмпатическую настроенность, эмпатическую установку/позицию, эмпатическую коммуникацию и эмпатическое понимание.

Многие методы, описанные в главе 7, могут оказать помощь в установлении контакта. КПТ развивает такие взаимоотношения, при которых пациент и психотерапевт оказываются партнерами в разрешении проблем. Двумя существенными составляющими такого партнерства являются *эмпатическое сотрудничество* и *метод направляемых открытий*.

Эмпирическое сотрудничество

Бек изобрел этот термин для описания особых взаимоотношений, развивающихся при когнитивной терапии. Такая терапия носит эмпирический характер потому, что она постоянно выдвигает и проверяет гипотезы. А ее сотрудничающий характер объясняется тем, что пациент активно участвует в данном процессе, помогая определить проблемы и выработать их решения, как на самой сессии, так и за ее пределами. У такого подхода имеется явное преимущество: применяя эмпирическую модель, можно превратить сначала негативные убеждения пациента в гипотезы, а затем проверить их.

Убеждение в том, что пациент не может вновь обрести прежнее ощущение контроля над своей жизнью, становится предиктором того, что он не сможет совладать с чувством беспомощности, и тогда психотерапевт рассуждает следующим образом: “Я могу понять, что в настоящий момент вы, по-видимому, вообще не сможете вернуться в свое прежнее состояние после того, что вам пришлось испытать. Я знаю многих людей, которые сумели как-то организовать свою жизнь в подобных обстоятельствах, хотя вы можете сильно от них отличаться. А поскольку никто из нас не в состоянии предсказать будущее, то мы могли бы попробовать протестировать ваши убеждения, проведя эксперимент. Хотели бы вы попробовать что-нибудь из того, что другие люди нашли полезным для совладания со своим чувством беспомощности?”

Убеждение, что рак может вернуться в любой момент, а следовательно, необходимо любой ценой обезопасить себя от этого, можно переформатировать как предположение о том, что ежедневная проверка признаков рецидива — наилучшая копинговая стратегия, таким образом: “В настоящий момент вы каждый день проверяете, не возобновился ли у вас рак. Вы говорите, что такая мера помогает вам убедиться, что с вами все в порядке, а при случае — выявить рецидив рака как можно скорее. Может быть, нам лучше было бы выяснить, действительно ли производимая вами проверка так полезна, как вам кажется”.

Эмпирическое сотрудничество дает психотерапевту возможность удостовериться, что представление пациента о внешнем мире имеет смысл. Сдаться, если все кажется безнадежным, или проверить, если есть опасение вторичного распространения онкологического заболевания, — оба эти вида поведения вполне сообразуются с системой убеждений пациен-

та. Вместо того чтобы воспринимать убеждение безоговорочно, психотерапевт помогает пациенту найти доказательства точности и полезности убеждения. Некоторые пациенты хорошо воспринимают такую модель, и тогда терапия становится подлинно сотрудничающим предприятием, где пациент может в той же степени, что и психотерапевт, проявлять творческую инициативу при разработке методов совладания со своим недугом.

Метод направляемых открытий

Один из самых лучших методов для оказания кому-нибудь помощи в тестировании его мыслей и убеждений состоит в направляемых открытиях. Задавать вопросы с целью выяснить убеждения человека и конкретные доказательства поддержки таких убеждений оказывается намного приемлемее и эффективнее для изменения установок, чем переубеждать человека. Многие негативные мысли о раке истинны, тогда как другие мысли могут быть искажены или бесполезны. Задавая вопросы, психотерапевт дает пациенту возможность отделить реалистичные мысли от нереалистичных, не создавая впечатление, будто все негативные мысли, так или иначе, “вредны”. Когда приходится иметь дело с заболеванием, несущим угрозу жизни человека, то всегда лучше занять положение вопрошающего, а не спорящего. Метод направляемых открытий должен заставить пациента задаться вопросом о возможном существовании альтернативного, более конструктивного представления о сложившемся положении, что могло бы помочь ему в борьбе со своим онкологическим заболеванием. Данный метод состоит в чередовании вопросов и эмпатических утверждений, подводящих итог мыслям и чувствам пациента. И это должно помочь пациенту соединить все сведения о проблеме в наиболее адаптируемый результат. Ниже приведен пример диалога психотерапевта с пациентом, наглядно показывающий, каким образом метод направляемых открытий можно применить в работе с пациентом, чувствующим себя беспомощным.

Психотерапевт: Что заставляет вас думать, что нет никакого смысла пытаться?

Пациент: Это, кажется, никогда не кончится. Мне приходилось видеть, как пациенты снова возвращаются на лечение.

Психотерапевт: Приходят ли вам на ум какие-нибудь особые мысли, когда вы видите, что это случается?

- Пациент:* Да, я продолжаю думать, что и со мной будет то же самое.
- Психотерапевт:* Это должно быть ужасное чувство неизбежности такого исхода.
- Пациент:* Да, именно то, что я чувствую — неизбежность.
- Психотерапевт:* Был ли у тех людей, о которых вы думаете, такой же тип рака, как и у вас?
- Пациент:* Да, у одного из них.
- Психотерапевт:* Знаете ли вы кого-нибудь еще с таким же типом рака, как и у вас, но не так часто обращавшегося к стационарному лечению?
- Пациент:* Пожалуй, одного или двух.
- Психотерапевт:* Думаете ли вы больше о тех людях, у которых все было хорошо в лечении или о том человеке, который был вынужден лечиться снова и снова?
- Пациент:* Я думаю намного больше о человеке, который был вынужден проходить лечение снова и снова. Я знаю, что я не должен делать этого, но я просто не могу с этим ничего поделать.
- Психотерапевт:* Как это влияет на вас?
- Пациент:* Мне от этого становится еще хуже.
- Психотерапевт:* Еще больше безнадежности, как будто это действительно неизбежно?
- Пациент:* Именно.
- Психотерапевт:* Итак, вы думаете больше о человеке, пережившем тяжелые времена, от чего вам становится хуже, и поэтому вы допускаете, что вам придется пережить то же самое. Основывается ли такое допущение на том, что вам известно о вашем заболевании, или больше на том, что вы *чувствуете*, когда вспоминаете об этом человеке?
- Пациент:* Полагаю, что это именно чувство. У меня нет никаких причин полагать, что мое заболевание будет протекать так же, как и у него.

Психотерапевт: И что вы думаете по этому поводу?

Пациент: Ну, похоже на то, что я допускаю, что все так и должно случиться, только потому, что я так чувствую. А оно может быть и не таким неизбежным, как кажется.

Расспрашивание является важной составляющей всех когнитивных методов, которые будут описаны далее.

Структура АПТ

Когнитивная терапия Бека имеет целый ряд структурных элементов, которые оказались полезными при краткосрочной терапии пациентов, испытывающих эмоциональный дистресс [Beck, 1995]. Эти структурные элементы внедрены в терапию онкологических пациентов по методу АПТ. Прежде чем перейти к структуризации типичной терапевтической сессии, рассмотрим первую сессию. К этой сессии предъявляются следующие особые требования: привлечение пациента (и его партнера), выявление проблем, объяснение основ АПТ, после чего начинается курс терапии.

Первая сессия

КПТ в консультационных учреждениях носит в основном краткосрочный характер, и поэтому первая встреча с пациентом очень важна для того, чтобы курс терапии с самого начала пошел по правильному пути. Мы опишем подход к терапии, сочетающий в себе оценку состояния пациента и начало терапии на первой встрече. У такого подхода имеются определенные преимущества, и он позволяет сразу же начать обучение навыкам совладания с проблемами. Первая сессия может длиться 60–90 минут, что подходит не всем психотерапевтам, и поэтому некоторые из них предпочитают провести полную и подробную оценку состояния пациента, прежде чем назначать какой-нибудь курс терапии. Оба эти подхода вполне совместимы с АПТ, и мы покажем, как использовать первую сессию как терапевтическую. На первой сессии требуется достичь нескольких целей.

Установление контакта

Большинство людей, обращающихся за психологической помощью при онкологическом заболевании, никогда прежде не связывались с психиатрией или психотерапией, поэтому очень важно заинтересовать их на первом же сеансе терапии, иначе они не вернуться. Чтобы установить контакт, лучше всего воспользоваться недирективными консультационными техниками, и демонстрировать эмпатию. Выслушивание пациента и отражение его утверждений, а также краткое обобщение — все это способствует появлению у пациента такого чувства, что его понимают. Как упоминалось ранее, то, что АПТ является директивной, проблемно-ориентированной терапией, совсем не преуменьшает важность этих неспецифических факторов. Они, вероятно, имеют здесь большее значение, чем в других формах когнитивно-поведенческой терапии вследствие того облегчения, которое находящиеся под стрессом пациенты получают в результате выражения своих чувств. Обычно начинать общение с пациентом полезно с обращения к нему с просьбой рассказать, каким образом у него обнаружилось онкологическое заболевание, историю его лечения, а также о соответствующих сторонах истории жизни пациента. Такой подход позволяет собрать необходимые сведения и установить контакт с пациентом, проявив к нему интерес как к личности.

Контакт также устанавливается посредством поиска других целей на первой же терапии. Формулирование проблем помогает пациенту почувствовать себя менее подавленным, при этом устанавливается доверие к психотерапевту, в тоже время объяснение основ АПТ задает структуру, в которой пациент и его партнер смогут понять свою проблематику.

Формулирование проблем и целей

По мере того, как пациент выражает свои чувства о переживании онкологического заболевания, психотерапевт может помочь ему пересмотреть их в свете предлагаемой терапии. В качестве отправной точки всегда должно служить собственное восприятие пациентом возникших у него затруднений. Это могут, например, быть симптомы депрессии, тревоги и раздражения или жизненные проблемы вроде финансовых затруднений, достигнутая стадия заболевания и проч.

На первом собеседовании с парой должны быть исследованы мысли и чувства данной пары об онкологическом заболевании, а также его послед-

ствия для самовосприятия пациента. Сведения, полученные с помощью перечисленных ниже диагностических инструментов, могут оказаться полезными в ходе данного процесса формулирования возникших проблем.

- 1. Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)** [Zigmond and Snaith, 1983] представляет собой опросник, состоящий из 14 утверждений и предназначенный для использования среди пациентов с физическими заболеваниями. Семь первых элементов этой шкалы служат для измерения уровня тревоги, а семь других элементов — для измерения уровня депрессии. Психометрические свойства данной шкалы были исследованы среди онкологических пациентов [Moorey et al, 1991]. Данная шкала предоставляет сведения о тяжести эмоциональных симптомов (предельные оценки до 8 баллов для измерения уровня депрессии и до 10 баллов для измерения уровня тревоги обозначают клинические случаи), а ответы на отдельные вопросы указывают на проблемы, которые могут быть мишенями терапии.
- 2. Шкала психологической адаптации к раку (MACS)** [Watson et al, 1988] показывает стили адаптации к раку. Эта шкала состоит из пяти подшкал, предоставляющих сведения о тех стилях адаптации, которым пользуется пациент, включая боевой дух, беспомощность и безнадежность, тревожную озабоченность, фатализм и позитивное избегание.
- 3. Опросник совладания с онкологическим заболеванием (CCQ)** представляет собой опросный лист, состоящий из 21 пункта, разработанный в Госпитале Роял Марсден для оценивания когнитивных, поведенческих и межличностных копинговых стратегий, которым обучают в курсе АПТ. Его надежность и достоверность была недавно исследована в [Moorey et al, неопубликованная рукопись]. Из ответов пациентов на отдельные вопросы, задаваемые в этом опроснике, можно получить сведения об их сильных копинговых стратегиях и копинговых дефицитах.
- 4. Опросник беспокойства, связанного с онкологическим заболеванием** [Harrison et al, 1994] служит для оценивания 14 различных видов беспокойства, связанного с раком. Те пациенты, которые испытывают беспокойство по 4 пунктам или более, или те, кто волнуются по поводу своей сексуальности, чувствуют себя расстроенными или чувствуют себя отличающимися от других, вероятнее всего, бу-

дут страдать от тревоги или депрессии. Ответы, полученные из этого опросника, могут послужить в качестве отправной точки для обсуждения проблем — мишенной терапии.

Диагностические инструменты, перечисленные выше, представлены в приложении 5 к этой книге. Ниже приведены типичные проблемы, которые могут быть выявлены с их помощью.

1. Общие проблемы, не связанные с типом рака (например, чувства беспомощности, непредсказуемости исхода болезни, боязни смерти, рецидива заболевания или его лечения).
2. Специфические проблемы, связанные с типом рака (например, неприятное ощущение нечистоты в связи с онкологическим заболеванием шейки матки или желудка, ощущение неженственности в связи с онкологическим заболеванием молочной железы или беспокойство по поводу сексуальности, более характерное для рака молочной железы, онкогинекологических раков и рака яичка у мужчин).
3. Эмоциональное расстройство (например, депрессия, тревога, вина, гнев).
4. Проблемы в межличностных отношениях (например, ссоры с партнером, социальная изоляция, ощущение себя отличающимся от других).
5. Физические проблемы (например, вялость, тошнота, боль, неспособность заниматься привычными делами).
6. Социально-экономические проблемы (например, проблемы, связанные с профессиональной деятельностью, финансовые трудности).

Исследовать полностью каждую проблему невозможно, но к концу первой сессии терапии может быть составлен перечень самых важных проблем. Эта работа в определении проблем является первым шагом, который делается для того, чтобы показать пациенту, что он способен обрести контроль над некоторыми сторонами своей жизни. Как только такой перечень будет составлен, психотерапевт может в сотрудничестве с пациентом и его партнером выбрать самые важные проблемы. При этом следует учитывать те вопросы, которым данная пара отдает наибольший приоритет. Кроме того, психотерапевт должен выявить те проблемы, которые могут быть разрешены быстро и эффективно. Например, пациентка может сказать, что ей труднее всего дается осознание необходимости принимать каки-

е-то решения относительно будущего ее ребенка. Если пациент находится в депрессии, то она может оказаться слишком большой задачей, чтобы справиться с ней на ранней стадии терапии. В таком случае, может быть, лучше принять важность такой проблемы, но отложить ее разрешение до времени, сосредоточившись первоначально на других симптомах вроде подавленного настроения, потери интереса или беспомощности. Когда же настроение пациентки улучшится, она почувствует в себе больше сил подумать о принятии важных решений.

40-летняя женщина с диагнозом карцинома яичников обратилась за психологической помощью потому, что ей было трудно принять благоприятный прогноз своего онкологического заболевания, хотя у нее была очень рано обнаруженная инкапсулированная опухоль. Во время интервью она рассказала, что чувствует себя беспомощной, плаксивой и напряженной. Она была уверена, что рак все еще присутствует у нее, и поэтому она постоянно думала о том, как он может распространиться по ее телу. И ей не помог даже тот факт, что она недавно прошла сканирование печени и то, что первоначально было похоже на метастаз, оказалось доброкачественной кистой.

Помимо рака, она описала другие стрессы в своей жизни. Ее партнер не имел твердой приверженности к семейным отношениям, ее 15-летняя дочь была бунтаркой, а она сама испытывала крайнее напряжение в своей преподавательской работе. Она была сильно встревожена, непоседлива и говорила быстро во время собеседования.

Психотерапевт принял к сведению прошлую историю этой пациентки, но сосредоточил основное внимание на ее текущих проблемах. В итоге был составлен список этих проблем, приведенный в табл. 6.1.

Психотерапевт сочувственно отнесся к тому, что его пациентка находилась под сильным давлением, и помог ей осмыслить симптомы ее тревоги как реакцию на те стрессы, которые она испытывала в результате онкологического заболевания и ее жизненной ситуации. Первая интервенция состояла в том, чтобы обучить пациентку методам совладания с тревогой, включая релаксацию и выявление мыслей, вызывающих тревогу. Такой акцент вмешательства дал психотерапевту возможность обучить свою пациентку тем копинговым стратегиям, которые можно было бы использовать в самых разных проблемных областях. И по ходу дальнейшей терапии проблемы в этих областях разрешались сами по себе.

Таблица 6.1. Список проблем пациентки

Проблема	Цель
Тревога и стресс	Изучить стратегии совладания с тревогой стрессом
Отношение к раку: безнадежность и тревожная озабоченность	Обрести большую надежду и прожить неделю, не беспокоясь о раке
Отношения с партнером	Краткосрочная цель: получить удовольствие от времени, проведенного с партнером, не оказывая на него давление
	Долгосрочная цель: принять ряд решений о дальнейших отношениях с партнером
Отношения с дочерью	Найти возможность проводить вместе с дочерью по 2 часа в неделю, с удовольствием уделяя ей свободное время и не споря с ней
Стресс на работе	Распределить рабочую нагрузку так, чтобы справляться со своими обязанностями наилучшим образом

Нередко перейти от перечня затруднений к поставленным целям можно уже на первом сеансе терапии. Такие вопросы, как, например: “Откуда вы знаете, что данная проблема разрешилась или стала меньшей?”, “Что должно произойти, чтобы данная проблема вызывала меньшее беспокойство?” и “Можете ли вы подумать о чем-то таком, что вы смогли бы сделать, когда проблема уменьшена?”, позволяют выявить реалистичные и достижимые цели там, где они могут быть определены в поведенческом отношении.

Объяснение когнитивной модели и обоснование терапии

При краткосрочной терапии основной акцент делается на выработке навыков, которыми пациент может продолжать пользоваться по окончании терапии. Чтобы пользоваться этими навыками самопомощи надлежащим образом, пациент должен понимать их обоснование. Основные характеристики АПТ объясняются на первой сессии. Сначала выявляются автоматические мысли, а затем психотерапевт показывает пациенту, каким образом подобные мысли способствуют его эмоциональному расстройству. Пациент вряд ли поймет до конца принципы предлагаемой ему терапии на первой же сессии, но он обычно уясняет основную идею, что мысли могут,

так или иначе, способствовать его эмоциональному дистрессу. Очень важно, чтобы психотерапевт представил основной принцип когнитивной терапии: *наше представление о ситуациях определяет наши реакции на них*. При этом объясняются три приведенные ниже главные положения.

1. АПТ — активная, директивная терапия, нацеленная на помощь пациенту выработать конструктивный и позитивный подход к совладанию с онкологическим заболеванием.
2. АПТ основывается на когнитивной терапии. Примеры из собственного опыта пациента используются для иллюстрации отношений между мыслями и чувствами.
3. Далее объясняются практические вопросы АПТ (например, курс из 6–12 сессий, общие встречи, назначение домашних заданий для самостоятельного выполнения).

Эдукационный процесс продолжается на протяжении всего курса терапии. Пациент должен уяснить назначение каждого нового вмешательства, будь оно поведенческим или когнитивным, а также понять, как применять его в других ситуациях. Мы покажем, как можно объяснить пациенту само обоснование различных методов, когда будем рассматривать подобные вмешательства в последующих главах этой книги.

Важность предоставления своего рода дорожной карты для психотерапии трудно переоценить. Воспользовавшись когнитивной терапией Бека для депрессивных пациентов, авторы публикации [Fennell and Teasdale, 1987] обнаружили, что принятие когнитивной модели предопределяет ответ на терапию. Им удалось разделить пациентов, проходивших курс когнитивной терапии, на тех, кто реагирует на нее быстро и медленно. Те, кто реагировали быстро, чаще всего позитивно реагировали на объяснение когнитивной модели депрессии на первой терапии, а также на первое заданное им домашнее задание. Обоснование терапии задает структуру, благодаря которой пациент и его партнер могут разбираться в своих реакциях на онкологическое заболевание, а также дает им надежду. Пациенты извлекают пользу из чтения буклета “Совладание с раком”, текст которого приведен в приложении 1 к этой книге. Обычно такое чтение входит в первое домашнее задание и служит для закрепления эдукационного компонента первой сессии.

На данной стадии когнитивная модель обычно охватывает лишь взаимодействие между мыслями, чувствами и поведением пациента, а также

демонстрирует как текущие проблемы соотносятся к этой системе. Рисование диаграммы такого взаимодействия может принести немалую пользу, как психотерапевту, так и пациенту. В некоторых случаях более глубокая концептуализация проблем пациента может быть сделана уже на первой сессии. Глубинные убеждения пациента могут проявиться в виде самых очевидных тем из списка проблем прошлой истории пациента.

Назначение домашнего задания

Помимо просьбы прочитать буклет “Совладание с раком”, психотерапевт обычно дает пациенту домашнее задание решить одну из его проблем. Чаще всего такое задание оказывается поведенческим, но иногда оно может быть и когнитивным (например, постоянное отслеживание негативных мыслей). Тревожных пациентов можно сначала обучить релаксации, а затем попросить их практиковать ее на протяжении следующей недели. Что касается пациентов с депрессивными симптомами, то они обычно извлекают пользу из некоторых структурных задач, в том числе из планирования приятной активности или видов деятельности, вызывающих ощущение личного контроля. Так, в одном из приведенных выше примеров женщина, испытывавшая тревожную озабоченность из-за рака яичников, получила два домашних задания. В качестве первого задания ей было предложено вести записи своих переживаний стресса на протяжении всей следующей недели, в каких бы обстоятельствах он ни произошел. В итоге психотерапевт составил таблицу, состоящую из секций, обозначающих уровень стресса, ситуации, в которой он произошел, а также связанные с ней автоматические мысли, как показано в табл. 6.2. А в качестве второго задания эта женщина должна была прослушать аудиозапись упражнения на релаксацию и выполнять его по возможности каждый день. Кроме того, она должна была прочитать буклет “Совладание с раком”.

Далеко не все пациенты способны придерживаться столь сложной программы. Эта женщина была интеллигентной и хорошо образованной, и поэтому она очень быстро уяснила требования предложенной ей терапии. А у других пациентов, особенно тех, у которых имеются более травмирующие симптомы, ожидания могут быть более скромными. Выполнение столь простого задания, как визит к родственникам, — это, вероятно, все, чего можно ожидать от некоторых пациентов после первой сессии.

Таблица 6.2. Первое домашнее задание: мониторинг стрессовых ситуаций

Ситуация	Оценка стресса (0–10 баллов)	Автоматические мысли	Копинговая стратегия
Партнер приезжает не вовремя	7	Он хочет внушить мне мысль, что собирается порвать со мной. Он не должен подвергать меня в состоянии стресса	Занялась собой
Дочь съела чипсы, которые я сохраняла для вечеринки	9	О, Боже, я не могу ни с чем справиться в доме. Она должна мне больше помогать. Она обо мне не думает.	Смотрела телевизор Выпила два бокала хереса. Накричала на нее, чтобы выпустить пар.

Структура последующих сессий

После первой или второй сессии устанавливается постоянный формат терапии. Он включает в себя обратную связь пациента на предыдущую терапевтическую сессию, разговор о событиях прошлой недели, удачном или неудачном выполнении домашнего задания. Также в повестку дня сессии включается работа с проблемой, которую пациент хочет обсудить. Обычный план на терапевтическую сессию может быть сведен к следующему.

1. Определить повестку дня, включив в нее только один или два вопроса.
2. Анализ прошлой недели и получение обратной связи от предыдущей сессии.
3. Проверить домашнее задание пациента. Выяснить основные подробности (например, пациент усвоил тему или испытывал трудности при выполнении задания).
4. Начать работу над основной темой сессии.
 - Четко определить проблему.
 - Выявить связанные с ней признаки негативного мышления.
 - Найти ответ на данный вопрос.
 - Выработать иной способ совладания с данной проблемой в будущем.

5. Дать пациенту домашнее задание, согласовав его с возможностями пациента и содержанием сессии.
6. Запросить обратную связь от пациента.

Несмотря на то, что структура сессий терапии остается неизменной, их содержание может изменяться в зависимости от конкретной фазы терапии и характера проблем, с которыми сталкиваются пациент и его партнер.

Определение повестки дня

АПТ является краткосрочной формой терапии, и поэтому первостепенное место в ней принадлежит времени. Структура сеанса такой терапии дает психотерапевту возможность эффективно расходовать время, согласуя повестку дня с пациентом и подводя итоги по конкретным вопросам во время сессии. А структура самой терапии допускает определенную гибкость и возможность проводить ее не жестко, но в то же время придерживаясь определенных рамок. Иногда может возникнуть потребность отступить в сторону, выйдя из таких рамок. Так, если пациенту недавно сообщили о рецидиве его заболевания и в связи с этим ему требуется сразу же выразить свои эмоции, то будет неуместным придерживаться формальной повестки дня. Однако к концу сессии, когда пациент провентилирует свои чувства, обычно появляется возможность восстановить структуру сессии, подытожив его содержание и подыскав те копинговые стратегии, которые пациент мог бы опробовать.

В начале каждого сеанса терапии пациент и психотерапевт выбирают основную тему дискуссии. Частично повестка дня состоит из обратной связи по поводу предыдущей сессии и отчета пациента о выполнении домашнего задания, а также короткого обзора прошлой недели. А остальная часть сессии посвящается основным вопросам повестки дня, число которых лучше всего ограничить лишь одним или двумя. Приступив к работе над конкретной проблемой, полезно также продолжить ее на следующей сессии терапии, чтобы достичь существенных подвижек, а не переходить от одной проблемы к другой. Как только повестка дня будет определена, ее лучше всего придерживаться, если только не возникнет очень важный новый вопрос (например, вынашивание идеи самоубийства), который потребует ее пересмотра.

Ниже перечислены те преимущества, которые дает определение повестки дня.

1. Позволяет благоразумно расходовать имеющийся короткий запас времени.
2. Помогает моделировать процесс определения проблемы и ее решения.
3. Предоставляет структуру, помогающую пациенту не сбиться с намеченного пути. Это особенно важно в том случае, если внимание и концентрация пациента нарушены тревогой и депрессией.
4. Если повестка дня соблюдается надлежащим образом и пациент вносит свой вклад в ее определение, то она становится частью взаимоотношений сотрудничества с психотерапевтом.

Подведение итогов

Психотерапевт несколько раз подводит итоги по ходу сеанса КПТ, делая это обычно после важной интервенции или в конце каждого пункта повестки дня. Это помогает прояснить для психотерапевта и пациента когнитивную концептуализацию проблемы, а также способы, разработанные для совладания с нею. Полезно также подводить окончательные итоги в конце сессии. Подведение итогов помогает психотерапевту и пациенту не сбиться с намеченного пути и помочь сохранить инсайты и терапевтические стратегии. По мере прохождения курса терапии пациент постепенно становится ответственным за такое подведение итогов. И это еще один способ придать пациенту уверенность в своих силах и выяснить, насколько он продвинулся в обучении на протяжении сеанса терапии.

Краткие итоги могут, как правило, подводиться следующим образом:

“Из того, что мы обсуждали сегодня, по-видимому, следует, что привлекательность для вас имеет большое значение. Мы начали с рассмотрения ситуаций, где вы чувствуете себя плохо, и выяснили, что они зачастую подразумевают встречи с другими женщинами. Когда мы проанализировали мысли, появлявшиеся у вас в подобных ситуациях, все они содержали предмет сравнения. При этом вы говорили: “Она красивее меня” или “Я ненавижу ее, ведь *она* не подвергалась мастэктомии”. Следующий шаг состоит в том, чтобы выяснить, насколько эти мысли и сравнения реалистичны и полезны. Но прежде чем мы сделаем это, не могли бы вы сказать мне, правильно ли я резюмировал данную проблему?”

Обратная связь

Терапевтический альянс может быть установлен лишь в том случае, если у психотерапевта имеется ясное представление о восприятии клиентом его проблемы, о самой терапии и терапевте. Удивительно, что в традиционной психотерапии уделялось мало внимания систематическому сбору сведений о реакциях пациента на конкретные интервенции в ходе терапии. А в КПТ регулярная обратная связь запрашивается в конце сессии, а также в стратегические моменты на протяжении сессии. Запрашивание обратной связи помогает также предотвратить трудности в отношениях психотерапевта и пациента. В целом, перенос не стоит в фокусе данного вида терапии, и поэтому отношения сотрудничества психотерапевта и пациента поощряются там, где это возможно, а следовательно, преобладает проблемно-разрешающий подход. Хотя этому могут препятствовать искаженные мысли о психотерапевте или терапии.

Например, у женщины, прежде лечившейся от злокачественной меланомы в течение 12 месяцев, развилась тревожная озабоченность этим онкологическим заболеванием. И хотя у нее не наблюдалось никаких признаков рецидива данного заболевания, она не могла больше думать ни о чем другом. На протяжении первой сессии терапии она первоначально почувствовала огромное облегчение, когда у нее появилась возможность высказать свои тревоги сочувствующему ей слушателю. Психотерапевт постепенно подвел эту пациентку к тому моменту, когда он спросил ее о страхе смерти, о котором она говорила неохотно. В дальнейшем на той же сессии терапии она коренным образом изменила свое отношение, подтвердив, что теперь с ней все в порядке и ей станет лучше. Когда же психотерапевт попытался поговорить с этой пациенткой о некоторых стратегиях совладания с тревогой, она стала сильно гневаться. После того, как психотерапевт запросил у пациентки обратную связь как ответную реакцию на его психологическое воздействие, то оказалось, что она воспринимала задававшиеся ей вопросы как слишком негативные. Ей хотелось слышать только хорошее о раке, и она была убеждена, что психотерапевт действовал неверно, явно принуждая ее думать о своем страхе. Эту проблему можно было бы предотвратить, если бы психотерапевт проявил больше внимания к эмоциональной перемене к пациентке во время сессии, запросив обратную связь раньше.

Обратная связь нередко обнаруживает, что у пациента и психотерапевта разные представления о том, что оказалось полезным на сессии и

оказало благотворное влияние. Кроме того, обратная связь обнаруживает, камни преткновения для выполнения домашних заданий между сессиями. Автоматические мысли вроде “Мне никогда с этим не справиться”, “Какой в этом смысл?” или “Это не сработает” служат примерами типичных реакций на домашние задания, но зачастую пациент выражает подобные мысли лишь в том случае, если специально спросить его о них. Как только подобные мысли будут выявлены, их можно подвергнуть сомнению в рамках отношений сотрудничества психотерапевта и пациента.

Резюме

В КПТ, как и во всех других психотерапиях, личные навыки психотерапевта образуют базис, на котором устанавливаются его отношения с пациентом. Навыки слушания, рефлексии и проявления эмпатии применяются в повседневной жизни, причем одним людям пользоваться ими легче, чем другим. Помимо этих основных навыков, КПТ развивает особый тип отношений, подразумевающих сотрудничество для решения проблем, где психотерапевт помогает пациенту тестировать его убеждения методом направляемых открытий. Эмпирическое сотрудничество дает пациенту и его партнеру возможность развить свои навыки как “исследователей личности”. Отношения сотрудничества встраиваются в структурированную терапевтическую сессию, где определение повестки дня, подведение итогов и регулярное запрашивание обратной связи служит для максимального развития альянса между пациентом и психотерапевтом для обучения новым навыкам совладания с раком. Независимо от задействованных когнитивных, поведенческих или эмоциональных техник, структурированная, основанная на сотрудничестве терапевтическая сессия является отличительным признаком КПТ.

Переживание и выражение эмоций в АПТ

Как было показано в первой части этой книги, если пациент узнает о потенциально фатальном исходе его заболевания, это может пошатнуть его представления о мире и о себе. Для реконструкции его взгляда на мир, ему потребуется когнитивная и эмоциональная переработка, но в тоже время сама огромная чудовищность угрозы и переживаемые неподдельные эмоции могут оказывать на него подавляющее действие. Автор публикации [Horowitz, 1986] постулировал две колебательные стадии процесса адаптации: “перемодулированные” эмоции, где проявляется избегание и отрицание, а также “недомодулированные” эмоции, где переживаются подавляющие чувства. Человек, переживающий травму, переходит в одно такое эмоциональное состояние из другого, и обратно по мере того, как его нервная система пытается отрегулировать аффект, чтобы внедрить новую информацию в прежние схемы, или сформировать новые схемы.

Поведенческие и когнитивные методы, описанные далее в главах 8, 9 и 10 этой книги, нацелены, главным образом, на помощь пациенту в регулировании недомодулированных негативных эмоций. А в этой главе будет показано, каким образом эмоции могут быть пресечены или перемодулированы, когда воздействие рака становится слишком угрожающим. Здесь будут также описаны механизмы, позволяющие избегать переживания эмоций, наряду со способом, которым люди нередко пытаются подавить сильные чувства. И, наконец, в этой главе будет пояснено, насколько важно признавать и выражать эмоции в процессе адаптации к онкологическому заболеванию.

В этой главе будут описаны следующие клинические навыки:

- когда облегчать эмоции и когда помогать пациенту регулировать их;
- как облегчать переживание эмоций и их выражение;
- как работать с отрицанием;
- как применять методы, помогающие пациенту вентилировать и направлять свой гнев.

Избегание негативных эмоций

С когнитивной точки зрения можно задействовать три разных процесса, чтобы не дать человеку переживать сильные эмоции, когда он сталкивается с объективно подавляющими его психику событиями. Этими процессами являются когнитивное искажение, когнитивное избегание и аффективное избегание.

В главе 5 мы уже представили понятие *когнитивного искажения* в его негативной форме, а также обсудили стремление людей действовать с незначительным позитивным искажением. Так, авторы публикации [Weinstein and Lachendro, 1982] продемонстрировали, что люди переоценивают вероятность переживания позитивных исходов и недооценивают вероятность переживания негативных событий в своей жизни. Такое позитивное предубеждение может неуловимо перейти от оптимистического взгляда на вещи, который мы называем боевым духом, к объективно нереалистичному оптимизму, который мы называем отрицанием. Многие люди с диагнозом рака продолжают думать, что они излечатся от него, несмотря ни на что. Они могут отрицать, что онкологическое заболевание угрожает их жизни. В крайних случаях они могут даже отрицать, что у них вообще имеется онкологическое заболевание.

Как пояснялось в главе 2, такое отрицание может считаться негативной схемой, объясняющей рак и угрозу, которую он несет выживанию. Когнитивное искажение сводит к минимуму воздействие заболевания. При отрицании когнитивное искажение действует нереалистично позитивным способом, тогда как при других стилях адаптации искажения обычно оказываются негативными. Последствия проявления человеком внимания только к доходящим до него хорошим новостям, исключая плохие новости, заключаются в том, что он снижает степень ощущаемой угрозы и, таким образом, избегает переживания болезненных эмоций.

Нам встречался пример такого позитивного искажения, когда мы тестировали инструмент для измерения степени совладания с онкологическим заболеванием в нашем исследовании, проводившемся несколько лет назад. 60-летняя женщина с диагнозом шейки матки подверглась радикальной вульвэктомии. У нее была колостома и уростомы, но, несмотря на все это, она была жизнерадостна. По опроснику для совладания с онкологическим заболеванием (CCQ) у нее были низкие баллы, поскольку она не испытывала ни малейшего стресса по поводу своего онкологического заболевания

и не видела никаких проблем, с которыми ей нужно было бы совладать. Она вообще не считала, что сделанные ей операции вызвали какие-то трудности в ее жизни, и поэтому она непринужденно сообщила, что очень развеселилась, когда внук сказал ей: “Ты счастливица, бабуля, что можешь ходить в туалет и одновременно делать покупки”. Эта женщина избирательно отсеяла все негативные стороны своего заболевания. Она не видела в нем ни вызов, ни угрозу, а только незначительный раздражитель.

Второй способ избежать болезненных эмоций состоит в том, чтобы отвлечь внимание на что-нибудь другое. *Когнитивное избегание* происходит в том случае, если человек добровольно или автоматически избегает мыслей и образов, которые могли бы вызвать дистресс. Мы все постоянно пользуемся этим способом, сосредоточивая, например, внимание на других темах, отвлекаясь и говоря: “Лучше об этом не думать”. И это можно назвать адаптивной копинговой стратегией. Но иной раз такой способ оказывается эффективным лишь отчасти, и тогда прорываются негативные эмоции, но пациент не имеет мгновенного доступа к когнициям, которые породили эти чувства. Характерным тому примером может служить мужчина с диагнозом рака гортани, который беспричинно плачет, когда смотрит телевизор. Он, возможно, не понимает, почему ему так грустно. В ходе дальнейшего исследования данной ситуации могло быть обнаружено, что он смотрел телепрограмму, где мужчина ссорился со своей женой и кричал на нее. Это напоминало ему, как трудно ему было передавать сильные эмоции после прохождения ларингэктомии. В тот момент у него могли появиться когниции вроде “Я не могу больше участвовать в спорах” или “Я не могу ясно передать, что я чувствую”, но он быстро их избегал.

Окончательная форма избегания, называемая *аффективным избеганием*, представляет собой диссоциативный механизм, посредством которого человек ограждает себя от болезненных эмоций. В этом случае пациент в состоянии говорить о расстраивающих его событиях, не проявляя никакой эмоциональной реакции. Иногда это может защитить его от болезненных чувств, но зачастую подобная диссоциация может быть связана с такими соматическими симптомами, как головная боль, головокружение и т.д. Так, женщина, подвергшаяся вульвэктомии, практиковала аффективное избегание, когда реалистично обсуждала последствия перенесенной операции, но в связи с этим у нее не возникало никаких чувств.

Позитивно искаженное восприятие и интерпретация, отвлекающее внимание от болезненных мыслей и отделяющее от болезненных эмоций, —

все это формы экспериентального избегания, определяемые как “нежелание оставаться в соприкосновении с негативным опытом, а именно с чувствами, мыслями и телесными ощущениями, а также попытки изменить, контролировать, предвидеть или избегать форму, частоту или контексты, в которых, в котором эти переживания возникают” [Fledderus et al, 2010, стр. 504]. На стадии адаптации может оказаться полезным отключить чувства, когда они становятся невыносимыми, постепенно дозируя то, насколько сильно они могут подвергнуться влиянию предыдущего негативного опыта. Они являются составной частью перемодуляции аффекта, необходимой для эмоциональной обработки травматических событий. Но в долгосрочной перспективе экспериентальное избегание может оказаться неконструктивным, поскольку попытки контролировать мысли или чувства человека могут фактически увеличить навязчивость самих переживаний, которых человек старается избежать [Gold and Wegner, 1995].

Подавление и выражение негативных эмоций

Многие люди переживают закономерные негативные эмоции, хотя и не выражают их открыто. Имеется несколько факторов, затрудняющих признание и выражение эмоций онкологическим пациентом. Такой пациент обычно находится в положении относительной беспомощности, из-за чего ему трудно выказывать свой гнев или “бороться”, выступая в роли больного. Боязнь быть оставленными медицинскими работниками, родственниками и друзьями, если такие пациенты воспринимаются как трудные или “строптивые”, может помешать им показать, насколько они на самом деле напуганы или разгневаны. Такие мотивы, как альтруизм (т.е. самопожертвование, основанное на беспокойстве о том, что лиц, лечащих или ухаживающих за онкологическим пациентом, не следует обременять негативными эмоциями, поскольку они и так отдают немало сил совладанию с этим заболеванием) может способствовать подавлению эмоций в подобной ситуации.

Долгое время существовало такое клиническое впечатление, что онкологические пациенты подавляют свои эмоции и что свои потребности они, вероятнее всего, подчиняют потребностям других людей. И такое впечатление поддерживается результатами некоторых исследований. Так, авторы исследования, описанного в [Fernandez-Ballesteros et al, 1998], сравнили 311 женщин, болевших раком молочной железы, со 103 здоровыми женщинами. В итоге показатели “анти-эмоциональности” по шкале (Rationality/

Emotional Defensiveness Scale) оказались более высокими у женщин с диагнозом рака молочной железы, и они были готовы пожертвовать своими потребностями, чтобы достичь и поддерживать гармоничные взаимоотношения, измерявшиеся по шкале (Need for Harmony Scale). Авторы исследования, описанного в [Servaes et al, 1999], сравнили 48 женщин, у которых был диагностирован рак молочной железы, с 49 здоровыми женщинами на предмет алекситимии (т.е. неспособности выразить свои эмоции), выражения эмоций, ассертивности, подавления эмоций и дистресса. В целом, никаких отличий в обеих группах не было обнаружено в отношении алекситимии или желаний поговорить с другими о своих эмоциях. Однако пациентская группа была более амбивалентной касательно вопроса выражения эмоций и показала большую сдержанность. Авторы данного исследования сообщили, что в его ходе возник образ пациента с диагнозом рака молочной железы как человека с противоречивыми чувствами в отношении выражения эмоций, сдержанного, тревоженного и скромного, подавляющего агрессию и импульсивность. Они пришли к выводу, что торможение эмоций является реакцией на заболевание, а не вызвано чертами характера.

Такой вывод противоречит результатам других исследований, в которых было сделано предположение, что подобное торможение эмоций может объясняться, скорее, состоянием, а не чертами характера человека, и что подавление эмоций может иметь этиологическое значение в онкологии, а также отношение к исходу заболевания [Temoshok, 1985]. Какие бы причины ни лежали в основе подавления эмоций, оно, по-видимому, связано с более слабой адаптацией к онкологическому заболеванию. Авторы публикации [Stanton et al, 2000a] исследовали 92 женщины с диагнозом рака молочной железы сразу же после медицинского лечения, а затем и через три месяца. У тех женщин, которые справлялись со своими проблемами, выражая свои эмоции, был меньший уровень дистресса и они чувствовали себя более здоровыми физически и бодрыми на протяжении трех последующих месяцев. Это можно объяснить, в частности, тем, что экспрессивный копинг служит движущей силой, побуждающей к активному совладанию и боевому духу.

Ценность выражения эмоций

Было бы слишком просто утверждать, что выражение эмоций само по себе имеет терапевтический характер. И хотя катарсис нередко описывается как один из основных компонентов психотерапии [Frank, 1971], результаты исследований в данной области не позволяют сделать окончательный

вывод. Вентиляция чувств или катарсис, по-видимому, дает эффект лишь в том случае, если сопровождается когнитивной переработкой [Lewis and Bucher, 1992]. Авторы публикации [Greenberg and Safran, 1987] считают, что создание нового смыслового значения, когда чувства подлинно переживаются, присваиваются и выражаются, является очень важной составляющей терапевтического изменения. Они также рассматривают эмоции как действующие для упрощения решения проблем и направляющие человека к конструктивному действию.

Такая связь между эмоциональной вовлеченностью и адаптивным копинговым поведением присутствует в концепции эмоционального копингового подхода [Stanton et al, 2000b]. Последнее подразумевает активную конфронтацию между мыслями и чувствами по поводу онкологического заболевания. И не удивительно, что это положительно согласуется с надеждой, и подобная конструкция описывается в [Stanton et al 2000a] как отражающая “чувство целенаправленной решимости и способности строить планы для достижения целей”. Она содержит две составляющие: эмоциональную переработку и выражение эмоций. Авторы исследования, описанного в [Low et al, 2010], обнаружили, что эмоциональная переработка была ассоциирована с нарастанием депрессивных симптомов и характерными для онкологии навязчивыми и избегающими мыслями, возникавшими в последующие моменты времени, особенно у женщин с низким уровнем эмоциональной поддержки или уверенности в своих силах. А выражение эмоций смягчало воздействие характерных для онкологии навязчивых мыслей на депрессивные симптомы в период последующего клинического наблюдения, тем самым защищая от возрастания уровня дистресса у женщин с низким уровнем эмоциональной поддержки или уверенности в своих силах. Признание и выражение чувств полностью связано с конструированием ситуации по-новому, а также с составлением планов, подходящих для совладания со стрессом. Когнитивное изменение оказывается наиболее эффективным в том случае, если оно имеет место в присутствии аффективного возбуждения.

У нас сложилось такое клиническое впечатление, что предоставление пациентам возможности рассказать свою историю нередко оказывается одной из самых важных сторон терапии. Люди, проходящие процесс адаптации к поставленному им диагнозу или примиряющиеся с развитием заболевания (например, с рецидивом), используют с выгодой для себя время, чтобы просто выразить свои чувства. Социальные факторы могут

помешать им высказать свои мысли и чувства по поводу рака. Так, социально-изолированные пациенты не имеют никого, с кем бы они могли поговорить, а пациенты, переживающие трудности во взаимоотношениях с близкими людьми, не чувствуют достаточной поддержки, чтобы выразить себя. И как мы предполагали ранее, многие пациенты, находящиеся в хороших отношениях с близкими людьми, не хотят ничем обременять свою семью. Как показали некоторые исследования, большая доля пациентов с диагнозом рака (до 86% в исследовании, описанном в [Mitchell and Glicksman, 1977]) хотели бы более подробно обсудить создавшееся у них положение с другим человеком.

Переработка или решение проблем?

Несмотря на то, что многие пациенты извлекают пользу из вентиляции своих чувств, имеются и такие пациенты, которые потратили на это немало времени, но извлекли для себя мало или не получили вообще никакой пользы. Когнитивная модель действительно предусматривает, что, обсуждение негативных чувств может повлечь за собою ухудшение состояния до тех пор, пока не будет проведено некоторое реконструирование ситуации. Онкологические пациенты с симптомами депрессии и тревоги нередко погрязают в паттернах повторяющихся негативных мыслей, которые они неспособны переоценить. Трудности в работе с такой группой пациентов состоят в том, чтобы найти правильный баланс между стремлением “сделать что-нибудь” для пациента или “побыть с ним”, между акцентом на принятии или изменении и между содействием в переработке эмоций и побуждением к активному проблемо-разрешению.

Как правило, когда аффект перемодулируется, требуется эмоциональное вовлечение и выражений эмоций, но когда аффект недомодулируется, необходимы когнитивные и поведенческие методы. Авторы публикации [Wiser and Arnow, 2001] предложили некоторые рекомендации относительно того, когда в курсе психотерапии можно облегчить выражение эмоций и когда этого не следует делать. А в публикации [Moorey, 1996] было предложено рассмотреть некоторые факторы, влияющие на принятие решения о том, следует ли или нет поощрять вентиляцию чувств у людей, столкнувшихся с неблагоприятными обстоятельствами в их жизни. Главным критерием является то — проходит ли человек процесс адаптации или же он находится в постоянном негативном эмоциональном состоянии. Если

имеются доказательства продолжающейся или приостановленной реакции адаптации, в таком случае пригодными могут быть эмоциональные методы. Но если человек имеет значительно выраженные симптомы тревоги или депрессии или же испытывает трудности в переносимости высоких уровней эмоционального возбуждения, то в большей степени показаны проблемно-ориентированные методы.

Показания к содействию выражения эмоций

Такие показания перечислены ниже.

1. Недавнее наступление эмоционального дистресса, касающееся специфических изменений в статусе онкологического заболевания (например, получение диагноза, рецидив, клиническое обследование).
2. Заметное колебание эмоциональных реакций.
3. Присутствие основных эмоций (печали вместо депрессии, страха вместо тревоги).
4. Отсутствие когнитивных искажений (содержание мыслей негативное, но подходящее к ситуации).
5. Серьезная убежденность в негативном влиянии выражения эмоций.

Показания к проблемно-сфокусированным интервенциям

Такие показания перечислены ниже.

1. Продолжительное негативное эмоциональное состояние (тревоги, депрессии, гнева).
2. Аффект, подавляющий пациента.
3. Существенные поведенческие дефициты (например, продолжительные периоды нахождения в постели из-за подавленного настроения) или поведенческое избегание (например, боязнь химиотерапии).
4. Наличие дезадаптивных эмоций и когнитивных искажений (например, вины, самообвинения, беспросветной безнадежности).

Содействие в выражении эмоций

На практике различие между вентиляцией эмоций от проблемо-разрешения не всегда четко выражено. Пациенту следует всегда помогать проявлять интерес к своим чувствам и их выражению, прежде чем приступать к когнитивным или поведенческим интервенциям. Без этого нельзя понять, что значит сложившаяся ситуация лично для пациента. Психотерапевт всегда признает, что любое негативное чувство реально для пациента, и не важно насколько нереалистичным оно может быть на самом деле. Такое признание очень важно установления и поддержания терапевтического альянса. Чувство должно быть признано, прежде чем оно перейдет в когнитивное содержание проблемы. Имеется ряд эмпирических свидетельств, что хороший терапевтический альянс в сочетании с эмоциональной вовлеченностью (переживанием) со стороны пациента ассоциируется с лучшей результативностью КПТ депрессии [Castonguay et al, 1996]. Имеются также доказательства, что некоторые терапевтические интервенции с большей вероятностью помогают пациентам поддерживать высокий уровень эмоционального опыта в КПТ [Wiser and Goldfried, 1998].

Имеется целый ряд способов побуждения к переживанию соответствующего аффекта, (подробнее об этом см. в [Greenberger and Safran, 1987]). Эти способы перечислены ниже.

1. Обучить пациента особенностям эмоциональных реакций на рак (это так называемая нормализация).
2. Быть менее активным. Небольшое нахождение в тишине позволит чувствам пациента проявиться.
3. Ставить открытые, а не закрытые вопросы.
4. Делать рефлекслирующие комментарии (например, “Могу понять, что вы чувствуете”).
5. Следить за соответствующим эмоциональным переживанием и помогать пациенту делать то же самое (например, задать вопрос “Что это для вас значит?” или “Как вы себя чувствуете?”).
6. Обращать внимание на манеру пациента выражать свои эмоции, выражение лица и положение тела, знаки и проч.
7. Сохранять внимание на переживании “здесь и сейчас”.

8. Пользоваться “критерием остроты”. Если материал кажется психотерапевту острым, он, вероятно, уместен для выражения подходящей эмоции.
9. Когда пациент переходит на рассказ от третьего лица (например, “Вы чувствуете...”), вернуть его к рассказу от первого лица.
10. Подвергать сомнению негативные мысли и убеждения относительно выражения эмоций [Moorey, 1996].

Принятие эмоций

Побудив пациента принять негативные эмоции, можно зачастую разорвать порочный круг депрессии, которую он испытывает. Автор публикации [Teasdale, 1983] описал, как люди могут “впасть в депрессию из-за депрессии”, фокусируясь на таких симптомах, как усталость, потеря концентрации или недостаток приносящей удовольствие активности. Как показывает клинический опыт, это относится и к онкологическим пациентам, а не ограничивается только депрессией. Пациенты нередко сообщают, что они чувствуют вину за повышенную раздражительность и вспышки гнева. Если же они способны принять свой гнев, то это может в значительной степени разрядить ситуацию. Принятие своих эмоций может также позволить пациентам отстраниться и посмотреть на себя с более объективной стороны. Для этого пациент может воспользоваться самыми разными способами, включая перечисленные ниже.

1. Подсчитать до 10, сделать глубокий вдох, прежде чем действовать на основании чувства, или попытаться избежать его.
2. Сказать себе “Это нормальное чувство, и нет ничего дурного в том, чтобы чувствовать гнев, испуг или печаль”.
3. Представить эмоцию в виде волны, а себя — катающимся на ее гребне подобно любителю серфинга до тех пор, пока она не спадет.

Майндфулнесс

Майндфулнесс является особым способом относиться к эмоциям, принимая их и не погружаясь в них полностью. Майндфулнесс определяется как “*безоценочная осведомленность, возникающая в результате сознательного направления внимания на настоящий момент развертывающегося*”

опыта” [Kabat-Zinn, 2003, стр. 145]. Практика майндфулнесс позволяет полностью осознавать происходящее и не погружаться в прошлый опыт до того уровня, когда мы можем потеряться. Когда приходят плохие новости о раке, нам может показаться, что нахлынувшие чувства никогда нас не оставят, и мы можем потеряться в таких мыслях, как эта: “Это никогда не кончится. Что же мне делать? Мне с этим не совладать”. Мы быстро начинаем рассказывать себе истории о том, складываются наши дела; о том, что это означает для нас; а также о том, что это будет означать для нашей семьи. И это переносит нас от непосредственного настоящего к опасениям по поводу будущего, которого пока еще нет и которое может никогда не наступить. Навык майндфулнесс помогает нам присутствовать в моменте “чтобы ни случилось — пусть случается”, открываясь “полной катастрофе”, но не исчезая в петлях беспокойства [Kabat-Zinn, 1990]. В конечном счете, это означает быть открытым эмоциональному переживанию, не практикуя обычные для нас способы спасения бегством через едва или не едва уловимое избегание.

Было бы нелогично сначала погрузиться в дистресс, а потом избегать его, поэтому практике майндфулнесс обычно обучают по ходу программы терапии, а не как отдельной технике [Kabat-Zinn, 1990]. Программа снижения стресса на основе практик осознанности состоит из 6–8 недельного группового курса и может быть использована для онкологических пациентов [Specia, 1999; Lengacher et al, 2009]. Подробнее о руководстве по когнитивной терапии на основе осознанности для онкологических пациентов см. в [Bartley, 2011].

Но все же майндфулнесс является естественным навыком, которым все мы обладаем, и существуют способы внедрить ее в курс АПТ, чтобы помочь пациентам принимать свои эмоции и справляться с беспокойством и навязчивыми мыслями. Предлагаем далее два упражнения в осознанности, которые могут оказаться полезными для пациентов.

“Передышка” [Segal et al, 2002]

Всякий раз, когда мы собираемся с мыслями или замечаем, что предаем-ся мечтаниям, мы на самом деле упражняемся в майндфулнесс. Умение создавать свободное пространство, в котором можно присутствовать, может очень пригодиться, когда нас увлекает водоворот эмоциональных реакций на заболевание, угрожающее нашей жизни. Ниже приведены инструкции, поясняющие, как создать свободное пространство для передышки.

1. Воспользуйтесь возможностью отложить свои текущие занятия и подумайте о том, что происходит у вас внутри. Обратите внимание на то, что вы можете слышать, о чем думаете, какие эмоции ощущаете, а также на то, что происходит в вашем организме. Разрешите себе просто пребывать с тем, что происходит прямо сейчас.
2. А теперь обратите внимание на свое дыхание. Сделайте вдох и выдох, сосредоточившись на своих ноздрях, груди или животе, т.е. там, где это удобнее всего сделать. Старайтесь дышать естественно, не пытайтесь контролировать дыхание.
3. Расширьте теперь пространство вокруг органов своего дыхания, чтобы обратить внимание на все свое тело, замечая ощущения напряжения или легкости, следя за изменениями в ощущениях, когда они появляются мгновение за мгновением. Будьте добры к себе, принимая все, что вы чувствуете или ощущаете.
4. Вернитесь с открытой осознанностью к своей ситуации в готовности принять решение о том, как вы можете реагировать мудро, вместо того, чтобы реагировать слепо.

Осознанность в повседневной жизни

Практикуя майндфулнесс в повседневной активности, можно создать пространство для того, чтобы более осознанно переживать свой опыт, а кроме того, иметь возможность переместиться от беспокойства и навязчивых мыслей к проживанию своего опыта в режиме “здесь и сейчас”. Пациентов побуждают проводить свое время, реально обращая внимание на то, что они делают. Так, принимая пищу, им следует обратить внимание на ароматы и вкусы, полностью ощутить тепло и влажность воды при приеме душа, заметить ветер в лицо и ощущения в мышцах во время прогулки. Это поможет пациентам выйти из режима автопилота, и с этой практикой они смогут создавать “зоны, свободные от беспокойства”, где они могут быть осознанными [*Colette Hirsch*, из личного общения].

Психотерапевт может сначала объяснить концепцию и обучить практике “Передышка” или осознанному вниманию на сессии, а затем предложить пациенту попробовать выполнить эти упражнения в качестве домашнего задания. Полезные сведения и инструкции как практиковать майндфулнесс представлены в публикациях [*Segal et al*, 2002] и [*Bartley*, 2011]. Если пациент склонен к диссоциации, следует принять меры предосторожно-

сти, поскольку такие упражнения могут, хотя и в очень редких случаях, вызывать подобное расстройство.

Выявление эмоциональных сигналов и работа с ними

Приведенный ниже пример, взятый из первого сеанса АПТ, наглядно показывает, каким образом психотерапевт может выявить возможные зоны эмоциональной значимости по сигналам, которые дает пациент. В данном кейсе речь идет о 55-летней женщине с диагнозом рака шейки матки. Для оценки эмоционального состояния пациентки, психотерапевт спросил ее, в частности, о ее семье.

Пациентка: У меня не было своей семьи.

Психотерапевт: Почему так? Ваши родители умерли?

Пациентка: Да. Остался только брат. Но я не вижусь с ним, вот и все. (Здесь психотерапевт почувствовал, что пациентка обижена на своего брата за то, что он ее не навещает. Это утверждение вместе с первым утверждением (“У меня не было своей семьи”) заставило психотерапевта предположить, что пациентка чувствовала себя одинокой и покинутой.)

Психотерапевт: Как давно умерли ваши родители?

Пациентка: Мой отец умер пять лет назад, а моей матери нет на свете вот уже 13 лет.

Психотерапевт: (По невербальной реакции пациентки, которая проявилась на облике пациентки напряжением и печалью, психотерапевт чувствует, что утрата родителей все еще значительна для нее.) Вы были близки с ними?

Пациентка: Да (она готова расплакаться).

Психотерапевт: И вам до сих пор их не хватает (эмпатично отмечая, как пациентка чувствует свою утрату).

Пациентка: (Кивает головой и всхлипывает.)

Психотерапевт: Один только разговор о них вызывает у вас печаль.

Пациентка: Это именно та проблема, которую мне так и не удалось разрешить. Выявив ее, вы попали в самую точку.

Психотерапевт: Кого вам не хватает больше всего?

Пациентка: Моей матери (всхлипывает).

Психотерапевт: Вашей матери (повторяет собственные слова пациентки).

Пациентка: Я ухаживала за ней до самой ее смерти... Я делала для нее все, что могла, и мне было ужасно потерять ее. Я никогда не переживу ее смерть.

Выявив столь сильную эмоциональную реакцию, психотерапевт сумел исследовать смысловое значение такой утраты и выдвинуть некоторые гипотезы о причинах, по которым она была по-прежнему такой яркой. И здесь возникли два, по-видимому, важных фактора. Прежде всего, мать была очень близка пациентке и оказывала ей сильную эмоциональную поддержку, несмотря на то, что она долго болела циррозом печени. На второй сессии психотерапевт спросил пациентку, каким образом ее мать могла бы помочь ей совладать с ее онкологическим заболеванием. Пациентка ответила: “Она бы беспокоилась за меня. Она сказала бы мне, что все будет хорошо”. Ее мать брала на свои плечи бремя всех ее забот и обнадеживала ее.

Психотерапевту потребовалось составить план действий, который помог бы пациентке усвоить для себя ряд копинговых стратегий, а также задействовать поддерживающую ее сеть социальных связей. Вторым фактором служил тот отголосок, который заболевание вызвало в душе пациентки в связи с воспоминаниями о смерти ее матери. Выразив свои чувства по этому поводу, особенно признав свои опасения о медленно надвигающейся смерти, она почувствовала облегчение.

Иногда катарсис наступает позже на терапии, причем в связи с ключевым вопросом. Так, Дженни это помогло выразить некоторые опасения по поводу ее ребенка. На половине своего лечения она навестила подругу в больнице. У этой женщины также был рак, и она умирала. В тот момент Дженни очень хорошо справилась с данной ситуацией, но позднее она пережила запоздалую реакцию на нее и сильно огорчилась. Когда же она исследовала свое психологическое состояние во время очередной сессии, то рассказала о своих чувствах отождествления с ее подругой и своего страха смерти. Психотерапевт побудил Дженни выразить ее негативные чувства открыто, и она заплакала впервые за весь курс терапии. Но главные страхи, несомненно, касались ее сына и его будущего. Она описала свое чувство вины за то, что она “так ужасно поступает с ним”. Она также беспокоилась

о том, как он будет в будущем развиваться, если она умрет. Психотерапевт использовал эмпатию и рефлекссию для того, чтобы она могла поговорить об этом и пережить связанные с этим эмоции. И это, в сущности, помогло, поскольку она, вероятно, думала об этом, но колебалась это принять.

В дальнейшем на сессии психотерапевт помог Дженни прояснить, насколько реалистичной была ее печаль по поводу мысли оставить своего сына одного, а также отличить это от искаженного мышления, которое было связано с ее чувством вины. Она быстро увидела, что могла бы не возлагать на себя ответственность за рак или за то, как ее смерть может повлиять на сына, но в то же время она могла бы сделать все, что только в ее силах, чтобы обеспечить будущее своего сына. Сессия терапии завершилась рассмотрением объективных факторов, касающихся ее онкологического заболевания, а именно: у нее был рак молочной железы на ранней стадии, который был успешно вылечен. Это было сделано психотерапевтом для того, чтобы помочь данной пациентке продолжать дальше бороться со своей болезнью.

Работа с отрицанием

В недавнем (на момент написания этой книги) обзоре литературы, по отрицанию, сделанном в [Vos and de Haes, 2007], его авторы сообщили, что преобладание отрицания диагноза среди больных раком находилось в пределах 4–47%, тогда как отрицание его воздействия на пациентов — в пределах 8–70%, а отрицание аффекта — в пределах 18–42% всего их числа. С отрицанием были связаны культурный опыт и возраст, но не пол и не тип рака. Оказывается, что отрицание уменьшается со временем. Взаимосвязь отрицания с другими копинговыми стратегиями и адаптацией к заболеванию по-прежнему не ясна из результатов исследований, но с клинической точки зрения автоматически отклонять отрицание нельзя, поскольку оно может оказаться самым адаптивным способом совладания пациентом с ситуацией, которая сложилась в данный момент. Если имеются объективные признаки, что искаженное позитивное мышление наносит пациенту вред, то с ним можно поработать, применяя описанные выше методы, побуждающие выражать эмоции, а также методы тестирования реальности, описанные в главе 9. Ниже перечислены ситуации, когда может возникнуть потребность противодействовать отрицанию.

1. Отрицание существования или серьезности онкологического заболевания, которое мешает пациенту приступить к лечению.
2. Отрицание со стороны пациента или его партнера вызывает такое разногласие в их восприятии онкологического заболевания, что у них появляются проблемы в общении и эмоциональный дистресс.
3. Отрицание оказывается неэффективной копинговой стратегией и поэтому возникает тревога или депрессия.
4. Отрицание препятствует активному решению проблем (например, умирающий мужчина не составляет необходимые планы на будущее для своей семьи).

Содействие в выражении и перенаправлении гнева

Как и с отрицанием, справиться с гневом можно основанными на эмоциях и когнитивно-поведенческими методами. Некоторые методы работы с гневными мыслями описаны в главе 10. А здесь представлены некоторые способы, побуждающие выразить гнев и конструктивно его перенаправлять.

Вентиляция

Когда пациент воспринимает сложившуюся у него ситуацию как нечто несправедливое, его эмоциональная реакция обычно оказывается одной из разновидностей гнева. Большинство людей найдут какой-нибудь способ выразить это открыто или, по крайней мере, принять такую эмоцию. Те люди, которые подавляют в себе гнев, чувствуют, что гневаться небезопасно или даже безнравственно. Когнитивное избегание может также вступить в действие, чтобы помешать человеку обратить внимание на свои мысли, связанные с негативным аффектом, а это может привести к отвержению гнева. Но когнитивные процессы, связанные с восприятием нанесенного оскорбления, все равно продолжают свое действие. И тогда может возникнуть саморазрушающая затаенная обида.

Во многих ситуациях одно лишь выражение гнева может само по себе иметь терапевтическое действие. Провести вентиляцию может быть легче, чем пытаться противодействовать иррациональному основанию гнева,

поскольку это неявно усиливает призыв бороться с гневными чувствами. Просто сказав кому-то, что вы гневаетесь на него, можно предотвратить нарастание обиды. Тем, кто сдерживает свои чувства, может быть полезно оставить в стороне моменты, когда они могут быть “эмоциональны”. Как только вентиляция произведет некоторое эмоциональное облегчение, можно исследовать мысль, связанную с эмоцией, и найти альтернативные способы справиться с ней в будущем.

Позитивная активность

Выразить гнев открыто можно не всегда. Если возникает чувство гнева к Богу или начальству, его нельзя выразить в личном общении с глазу на глаз. Виды деятельности, которые позволяют человеку выпустить пар или отвести душу (например, заняться бегом трусцой, взбить подушку и т.д.), можно запланировать. В качестве альтернативы отведению пара служит проблемно-разрешающий подход. Энергию, порождаемую гневом, можно перенаправить или “сублимировать” в конкретное действие, которое поможет решить проблему. Так, если пациент говорит: “Врач не дал мне достаточно возможностей, чтобы задать ему вопросы”, то имеется целый ряд действий, которые пациент может предпринять, чтобы достичь своей цели, выяснив то, что ему хотелось бы знать о своем заболевании. С врачом можно разобраться непосредственно, а иначе — обратиться к другим источникам информации.

Возможно, пациента следует обучить навыкам ассертивности для того, чтобы он мог достичь поставленной цели в позитивной активности. Люди, не имеющие навыков ассертивности, могут быстро перейти от гнева к беспомощности, по-своему истолковывая возникшую ситуацию. Побудить людей предпринять что-нибудь для преодоления возникшего препятствия, — означает сделать их более уверенными в своих силах. Другие когнитивно-поведенческие методы совладания с гневом описаны в главе 10.

Резюме

Помимо акцента на когнициях и поведении, большое значение в формате АПТ придается эмоциям. Эмоции, когниции и поведение целостно связаны в единый процесс адаптации. Негативные эмоции должны быть пережиты и выражены для того, чтобы когнитивно и эмоционально обра-

ботать травму, наносимую заболеванием, представляющим угрозу жизни человека. В этой главе были представлены некоторые руководящие принципы относительно того, когда следует побуждать пациентов к переработке эмоций и когда более уместно стремиться уделить основное внимание разрешению проблемы. В этой главе были также описаны методы, облегчающие выражение эмоций и помогающие в работе с отрицанием и гневом. А в двух последующих главах будут рассмотрены поведенческие и когнитивные составляющие подобной когнитивно-поведенчески-аффективной системы.

Поведенческие методы

Главная цель поведенческих вмешательств в АПТ — позволить пациенту в максимальной степени заниматься теми видами активности, которые доступны в пределах ограничений, накладываемых заболеванием. Это помогает укреплять боевой дух и дает ощущение личного контроля. Поведенческие методы можно также использовать для совладания со стрессом (обучение релаксации) и как средства для изменения установок (поведенческие эксперименты). А поскольку все это имеет отношение к когнитивно-поведенческой терапии, то поведенческое изменение обычно служит для проверки конкретных мыслей или убеждений. В идеальном случае подобные интервенции должны исходить из концептуализации проблем, возникших у пациента.

Например, онкологическое заболевание имело для одной женщины такое значение, что, в конечном счете, это привело ее к одиночеству и изоляции. Психотерапевт помог ей протестировать свое убеждение, попросив ее связаться с друзьями и оценить их реакцию на приглашение встретиться с ней. В итоге она обнаружила, что большинству ее друзей было приятно услышать ее голос, и они жаждали помочь ей, чем только могли, несмотря на то, что были и те, кто сослался на большую занятость или те, кто чувствовал дискомфорт в общении с ней из-за ее болезни. В других случаях поведенческие методы могут быть направлены на снижение уровня тревоги или депрессии. Основание для любого вмешательства должно быть всегда объяснено пациенту и осмыслено вместе с ним. Поведенческие задачи разрабатываются вместе с пациентом и назначаются ему в качестве домашнего задания. Они могут быть предложены в виде методов, предназначенных для отвлечения пациента от негативных мыслей, проверки бесполезных убеждений или создания у него ощущения уверенности в своих силах. При этом очень важно установить, что пациент хорошо понимает основание для назначения любого домашнего задания, чтобы повысить вероятность его выполнения.

В этой главе будут описаны перечисленные ниже поведенческие методы.

- Обучение релаксации.
- Планирование активности.
- Техника градуированных заданий.
- Планирование будущего.
- Поведенческие эксперименты.

На конкретных примерах в этой главе будет показано, как применять поведенческие методы в работе с тревожно-озабоченными и потерявшими надежду пациентами, которые сталкиваются с угрозами выживания и как совладать с тревогой и депрессией, возникающей из-за угроз их самовосприятию и самооценке.

Обучение релаксации

Тревога является одним из самых распространенных симптомов среди онкологических пациентов. В когнитивной модели такое чувство возникает от признания значительной угрозы выживанию пациента или его представлению о себе и внешнем мире, наряду со снижением его уверенности в наличии ресурсов, доступных для преодоления такой угрозы. Тревога является естественной и реалистичной реакцией, в контексте того, что заболевание действительно представляет угрозу жизни, и никто не может быть уверен, что его собственные ресурсы или получаемое лечение гарантирует выздоровление. То, что можно было бы назвать “обычной” тревогой, незаметно превращается в патологическую тревогу. Насколько следует уделить внимание симптомам тревоги в курсе терапии, зависит от их тяжести по отношению к объективным угрозам, которые несет рак, их продолжительности и их влиянию на повседневную жизнь пациента, а также от того, считает ли пациент их какой-то существенной проблемой.

Релаксация совсем не обязательно должна ограничиваться регулярными упражнениями, выполняемыми дома. Ее можно применять в качестве копинговой стратегии в стрессовых ситуациях. Пациентов можно научить, чтобы они обращались к релаксации всякий раз, когда они чувствуют напряжение или тревогу. Дыхательные упражнения могут принести больше пользы, чем расслабление мышц, поскольку их можно выполнять даже в

сидячем положении или на прогулке. Психотерапевт должен тщательно проанализировать ситуацию, вызывающую тревогу, и найти то, что будет сигнализировать пациенту, когда следует выполнять релаксацию. Пациент практикует релаксацию, обращая внимание на сигналы во время сессии. Такие упражнения можно затем сочетать с отвлечением внимания, самостоятельной подготовкой и когнитивной реструктуризацией, чтобы составить из них целый комплект стратегий для совладания с тревогой, приспособив его к каждому пациенту. Такой подход можно применять в самых разных случаях, включая ожидание и прохождение курса радиотерапии или химиотерапии, а также попадание в новые социальные ситуации.

Обучение релаксации представляет собой простой и эффективный метод, дающий людям возможность быстро обрести контроль над симптомами своей тревоги. Обучить можно двум формам релаксации: прогрессирующей мышечной релаксации и дыхательным упражнениям. Как показывают результаты исследований, обе эти формы в равной степени эффективны, но отдельные пациенты могут отдавать предпочтение той или иной форме. Тем людям, которые имеют легочные осложнения или страдают от одышки, обучение дыхательным упражнениям для релаксации может не подойти. Таким пациентам можно предложить методы визуализации.

Ниже в виде инструкций описаны упражнения, взятые из учебного пособия, разработанного в больнице Бет-Израэль (Beth Israel Hospital; [Borysenko et al, 1986]). Этими инструкциями можно руководствоваться, обучая пациентов двум видам релаксации.

Прогрессивная мышечная релаксация

Каждое из описанных ниже упражнений на увеличение и снижение напряжения и релаксацию выполняется в сочетании с дыхательными упражнениями. Напрягайте каждую часть своего тела до максимума, когда делаете вдох. Задерживайте дыхание настолько, насколько это вам будет удобно. Затем постепенно снижайте напряжение по мере того, как делаете выдох.

1. Сожмите пальцы ног, будто в кулак. Расслабьтесь.
2. Натяните стопы на себя, направив пальцы ног к коленям. Расслабьтесь.
3. Напрягите мышцы своих бедер так, как будто вы пытаетесь поднять ноги с грузом. Расслабьтесь.

4. Сожмите ягодичы, приподняв их, чтобы они затвердели, как будто вы сидите на камне. Расслабьтесь.
5. Сделайте глубокий вдох грудью и втяните живот, чтобы он затвердел. Расслабьтесь.
6. Сделайте глубокий вдох грудью и напрягите все свое тело. Расслабьтесь.
7. Сожмите кисти рук в кулаки. Расслабьтесь.
8. Оттяните кисти рук в запястьях назад, как бы выгнув их вверх к плечам. Расслабьтесь.
9. Поднимите плечи вверх к ушам. Расслабьтесь.
10. Поднимите брови и нахмурьте свой лоб. Расслабьтесь.
11. Зажмурьте свои глаза, закрыв их. Расслабьтесь.
12. Улыбнитесь, растянув уголки рта и обнажив зубы. Расслабьтесь.

Дыхательные упражнения

1. Осознание дыхания. Во время своих занятий начните практиковать осознанное дыхание. С этой целью сделайте глубокий вдох, а затем полный выдох, сосредоточив свое внимание на брюшном дыхании. Это упражнение можно выполнять в коротком промежутке времени на дыхание в один вдох и в более длинном промежутке, длящемся несколько минут.

2. Обратный отсчет от 10 до 1. Закройте глаза. Сделайте глубокий вдох и полный выдох. Начните дышать диафрагмой. На следующем выдохе мысленно произнесите число 10. Делая выдох, почувствуйте, как напряжение спадает волной, начиная с головы и далее вниз по телу до самых ступней. На каждом последующем выдохе производите обратный отсчет, продолжая его до тех пор, пока не достигнете числа 1. Такой отчет при выдохе дает возможность снять мышечное напряжение.

3. Снятие напряжения при выдохе. Мышечное напряжение естественным образом спадает при выдохе по мере того, как тело расслабляется под действием силы притяжения. Как и при обратном отсчете от 10 до 1, любым вдыханием и выдыханием можно воспользоваться как возможностью снять напряжение (взято из [Borysenko et al, 1986]).

Обычная процедура состоит в том, чтобы обучить пациента релаксации на протяжении сеанса терапии и попросить его регулярно выполнять упражнения на релаксацию в качестве домашнего задания. Конкретные инструкции могут отличаться, но, как правило, психотерапевт предлагает пациенту выполнять эти упражнения один или два раза по 20 минут каждый день. Те пациенты, которые испытывают трудности с засыпанием, могут опробовать релаксацию в постели.

Обучая пациента данному методу, необходимо получить обратную связь в качестве ответной реакции на то, как он себя чувствует и что он делает. До и после процедуры обучения полезно подводить итоги последовательных стадий релаксации, подкрепляя устные инструкции распечатанным текстом упражнений и/или их аудиозаписью. Если имеется аудиозапись упражнения, пациент может взять с собой кассету и пользоваться ею дома. С другой стороны, можно воспользоваться коммерческой аудиозаписью упражнений. [Neil Fiore, 1984] выпустил аудиозапись упражнений на релаксацию специально для онкологических пациентов. Если на терапевтической сессии терапии присутствует партнер пациента, он может быть привлечен к релаксационным упражнениям.

Как только будет изучена обратная связь на релаксацию, пациент может практиковать ее и в более стрессовых ситуациях. Он может начать с того, чтобы расставить ориентиры по всему дому (например, листки для заметок, приклеенные на зеркалах, телевизоре, холодильнике и т.д.), чтобы они напоминали ему о необходимости прибегнуть к релаксации, а также упражняться в дыхании, производя обратный отсчет от 5 или 10, чтобы все больше расслабляться на каждом шаге. Поупражнявшись таким образом, пациент обнаружит, что он может сосредоточиться на “понижении своей эмоциональной температуры”, выполняя дыхательные упражнения с обратным отсчетом и сосредоточиваясь на релаксации.

Планирование активности

Рак может иметь деморализующее действие, постепенно приводящее к сокращению обычной активности. Иногда это начинается в тот момент, когда лечение вызывает усталость, тошноту или другие симптомы. И хотя большинство людей способны вернуться к нормальной жизни по окончании курса радиотерапии или химиотерапии, некоторые из них все же остаются в состоянии бездействия. Симптомы тревоги могут привести к

избеганию социальных ситуаций, а депрессия — к социальному отчуждению, потере мотивации и интереса к приятным занятиям.

Так, молодая замужняя женщина с местным рецидивом рака молочной железы захотела оставить свою работу и приобрести новый дом. Она и ее муж постоянно убеждали себя, что могут подождать с планами на будущее до тех пор, пока она не выздоровеет. В итоге любые возможные перемены в своей жизни они встречали с такой реакцией: “Подождем — увидим”. Не только большие планы, но и такие краткосрочные цели, как декорирование дома, откладывались, а данная пациентка чувствовала уныние и фрустрацию.

Чтобы преодолеть такую инерцию, можно, например, поощрять плодотворную активность. Для упомянутой выше супружеской пары такой активностью могло стать планирование совместного декорирования комнаты, которое могло бы продемонстрировать, что продолжать обычную жизнь можно даже при неустранимой угрозе, которую несет рак. Поведенческие интервенции могут содействовать укреплению боевого духа и вооружить пациента стратегиями позитивного избегания. Позитивным является активное, сознательное, поведенческое и когнитивное избегание, которое дает пациенту возможность сосредоточиться на повседневной жизни, не думая постоянно о раке. Способность выбросить рак из головы хотя бы на некоторое время, по-видимому, характерна для многих людей, вполне справляющихся со своим заболеванием. Позитивное избегание может стать гибкой, сознательной стратегией, дающей пациенту возможность контролировать то, сколько времени он уделяет мыслям о раке, вместо того чтобы думать о других областях своей жизни.

Функции планирования активности

В этом разделе рассматриваются основные функции планирования деятельности.

Сбор информации

С этой целью психотерапевт выясняет, когда пациент чувствует себя подавленным и как это связано с его поведением. Например, страдающий депрессией мужчина может чувствовать себя наиболее подавленным по вечерам, когда он смотрит телевизор. Связанные с этим негативные мысли можно выявить и соответственно запланировать менее пассивную деятельность

(например, посещение друзей). Пациенты оценивают активность по шкале Р 0–10 баллов, где Р — удовольствие и по шкале М 0–10 баллов, где М — мастерство. Это дает психотерапевту возможность выявить ту деятельность, которая дает наибольший антидепрессивный эффект, как поясняется ниже.

Отвлечение внимания

Планируя свою деятельность на то время, когда он больше всего озабочен тревожными или депрессивными мыслями, пациент может отвлечься от подобных мыслей. В те моменты, когда негативные мысли особенно сильны, противостоять им может быть особенно трудно. Поэтому отвлечение внимания может оказаться самой эффективной стратегией совладания, которой пациенту лучше всего пользоваться до тех пор, пока его настроение не улучшится. Психотерапевт, пациент и его партнер совместно работают над выявлением наиболее эффективной отвлекающей деятельности, которой пациент может заняться в те моменты на протяжении всего дня, когда он чувствует себя наиболее уязвимым.

Повышение уверенности в своих силах

Поведение, дающее пациенту возможность обрести контроль или совладать с ситуацией, может быть особенно полезным для преодоления чувств безнадежности и бесполезности. Усиление ощущения совладания может также улучшить симптомы. Авторы публикации [Вута et al, 2009] обнаружили, что на протяжении 8-недельного курса для снятия болевых симптомов, проведенного медсестрой, мастерство, определяемое как личный контроль, ощущаемый пациентом над теми ситуациями, которые оказывают заметное влияние на его жизнь, служило прогнозирующим фактором ослабления боли, но любопытно, что оно не прогнозировало снижение усталости. Партнер может также служить полезным источником информации, хорошо знающим, что вызвало у пациента ощущение успеха или контроля.

Повышение мотивации

Многие люди убеждены, что мотивация является производной от вдохновения. Но в соответствии с когнитивно-поведенческой моделью мотивация возникает в результате наблюдения положительных последствий поведения. Чем плодотворной оказывается наша деятельность, тем больше вероятность, что мы займемся ею снова. Деморализованный пациент не

видит никакого смысла в какой-нибудь деятельности, и поэтому он входит в саморазрушительный цикл бездействия и потери мотивации.

Противодействие негативным установкам

Те пациенты, которым оказывается трудно совладать со своим онкологическим заболеванием, допускают, что оно правит теперь их жизнью и они больше никак не контролируют ее. А занятие деятельностью, которая раньше имела значение для пациента, показывает ему, что жизнь может вернуться в привычное русло. И как всегда, перемена в поведении может служить эффективным средством для достижения когнитивного изменения путем опровержения негативных убеждений.

Использование планирования активности

Поведенческие задания являются мощным компонентом КПТ. Они могут использоваться как виды одиночной активности (например, постановка задачи написать письмо старому другу, с которым пациент потерял связь) или же в рамках *плана расписания активности*. Подобным образом задается распорядок на день или неделю. Если пациент слишком болен, чтобы работать, неделя неожиданно выглядит в его глазах совершенно пустой без привычных рамок, которые задавала его работа. Составление плана активностей на каждый день, даже если это будут небольшие активности, вносит определенную структуру в проживаемую неделю и дает возможность запланировать такие события, которые пациент будет ожидать с нетерпением. Составление еженедельного плана активности довольно часто поручается пациенту в конце первой сессии. Копия бланка такого плана приведена в приложении 3 к этой книге, а два примера его составления приведены ниже.

Тревожная озабоченность

“Рак — это настолько пугающее состояние, что оно отнимает большую часть времени человека на размышления о лечении и о том, что сулит ему будущее. Иногда это означает, что остальная жизнь — простая мука. Есть ли такая деятельность, которой вы избегаете или больше не занимаетесь из-за своих опасений?”

Беспомощность и безнадежность

“Вы сказали мне, насколько мрачным кажется вам будущее, и теперь говорите, что не видите никакого смысла чем-нибудь заниматься. Мы замечаем, что многие люди попадают в порочный круг. Они отказываются от своей привычной деятельности, потому что не видят в ней никакого смысла, и тогда они получают мало удовольствий от жизни, становясь в итоге еще более подавленными и лишенными всякой мотивации. Если бы вы пожелали, мы могли разорвать этот порочный круг.”

В качестве общего принципа при планировании активности лучше всего выяснить, когда определенная деятельность дает пациенту чувство контроля или достижения (т.е. *мастерства*) и *удовольствия*. Поначалу сделать это, возможно, будет нелегко, особенно если пациент подавлен и не получает никакого удовольствия от жизни. Иногда, спрашивая пациента о прошлом поведении, от которого он мог отказаться, или о деятельности, которой он всегда хотел бы заниматься, можно сформировать полезный перечень занятий. И здесь партнер может служить помощником психотерапевта, напоминая пациенту о той деятельности, которую он раньше находил плодотворной. Сильные стороны пациента следует использовать в качестве руководства для планирования новой деятельности, и к этому занятию можно снова привлечь партнера.

Ниже приведены некоторые примеры, демонстрирующие переживание мастерства и удовольствия.

Переживание мастерства

1. Вождение автомобиля в первый раз после операции, перенесенной пациентом.
2. Занятие новым увлечением.
3. Регулярное посещение больницы.
4. Присмотр за внуками после полудня.
5. Написание благодарственных писем тем друзьям, которые прислали открытки с пожеланием доброго здоровья.

Переживание удовольствия

1. Посещение кинотеатра.
2. Чтение книги.
3. Посещение праздника.
4. Покупка одежды.
5. Выход на обед вне дома.

Поставленные задачи следует приспособить к индивидуальным особенностям пациента. Одни люди находят приятным делать что-нибудь для других людей, тогда как иные получают большее удовлетворение от личного успеха. При составлении плана активности пациенты оценивают свое переживание мастерства и удовольствия по шкале от 0 до 10 баллов. Деятельность, высоко оцениваемая по шкале мастерства (М) или удовольствия (Р), может быть чаще всего запланирована на следующую неделю. При составлении распорядка на неделю нередко выявляются пробелы, когда пациент уязвим к негативным мыслям и чувствам. Например, тревожная женщина обнаружила из записи своей активности, что когда ее муж работает по вечерам, она целый вечер проводит в беспокойстве по поводу своего онкологического заболевания. И тогда психотерапевт предложил ей выбрать те стратегии, которыми она могла бы воспользоваться, когда подобное случится с ней в следующий раз. Например, держать книгу или писчую бумагу у своей постели, принять решение встать и выпить чашку чая после пробуждения от сна.

Когнитивные искажения могут способствовать поведенческим дефицитам, и при этом особенно часто проявляется мышление в стиле “все или ничего”. Усталость и депрессия мешает людям делать свое обычное дело также хорошо, как это было до болезни, и тогда многие пациенты начинают думать, что они должны делать свое дело или также хорошо, как было раньше или вообще ничего не делать. Оценивание достигнутого мастерства и удовольствия может помочь пациенту находить разные оттенки в тех переживаниях, которые он оценивает, а не видеть их только в черно-белом свете. Еще одно распространенное искажение состоит в минимизации (примеру тому служит такое рассуждение: “Это не в счет. Раньше мне удавалось делать это каждый день”). Приготовление пищи после курса химиотерапии может быть большим достижением. Анализ занятий паци-

ента дает средства для выявления и противодействия такому негативному мышлению.

Для некоторых пациентов поведенческие методы могут стать полезной составляющей их лечения. Имеется доказательство, что одна лишь поведенческая активизация может оказаться весьма эффективной для лечения депрессии у онкологических пациентов [Hopko et al, 2005].

Техника градуированных заданий

Способность делать что-то так же быстро и эффективно, как и до начала онкологического заболевания может быть ослаблена по нескольким причинам. На ранней стадии заболевания физические причины (например, побочные эффекты лечения) или психологические факторы (например, депрессия) могут повлиять на исполнение заданий, с которыми пациент легко справлялся прежде. А на более поздней стадии боль или усталость может действовать изнуряюще. И адаптироваться к этому может быть нелегко. В итоге пациент нередко стремится делать все в том же самом темпе, как и до болезни, или же полностью сдается.

Мы опишем когнитивные методы для совладания с мышлением в стиле “все или ничего” в следующей главе. Этим методам сопутствует поведенческий метод, называемый *техника градуированных заданий*. От депрессивных и физически слабых людей нельзя ожидать, что они сразу же вернуться на прежние уровни своей активности. Поэтому назначаемые задания разбиваются на отдельные составляющие и выполняются постепенно, шаг за шагом. Например, муж пациентки, находящейся в депрессии, составил план постепенного ее привлечения к совместному досугу после возвращения его жены домой из больницы. Начиная с посещения магазинов, они постепенно перешли к более трудным заданиям. Пациенты, восстанавливающиеся после операции, могли бы и сами поставить перед собой задачу постепенного увеличения каждый день интенсивности физических упражнений, начиная с хождения по квартире, а затем прогулки в саду, далее по кварталу и т.д. Когда крупные задания разбиваются на мелкие шаги, то каждый шаг вперед становится достижением, которое можно отпраздновать, мотивируя пациента сделать следующий шаг.

Планирование будущего

Временное сосредоточение внимания на повседневной жизни пациента может иметь большое значение в терапии, поскольку беспомощный и потерявший всякую надежду пациент обычно смотрит в свое будущее слишком пессимистично. Некоторые пациенты слишком требовательны к себе, и поэтому они предполагают, что им удастся исполнять свои ежедневные обязанности на том же самом уровне, что и до болезни. Но это вряд ли возможно, если они проходят неприятное лечение, вызывающее усталость или тошноту. Впрочем, эту проблему можно преодолеть, побуждая пациента дозировать уровень своей активности по его физическим силам. Основное внимание можно перенести на постепенное выполнение заданий “по одному в день”, чтобы повышать активность пациента в пошаговом режиме.

У многих пациентов складывается противоположное отношение к будущему. Они говорят: “Я просто живу сегодняшним днем”, и тем самым они ограничивают свою жизнь. Таким пациентам лучше всего подойдет стратегия заблаговременного планирования. А для тех пациентов, которые убеждены, что они умрут через месяц, но на самом деле ожидаемая продолжительность их жизни может исчисляться годами, “упражнение в достижении целей на все время жизни” может оказаться серьезным подспорьем в преодолении их безнадежности [Lakein, 1973]. В этом случае психотерапевт предлагает пациенту подумать о тех целях, к которым он бы стремился, если бы знал, что мог бы еще прожить обычный срок жизни. Цель такого упражнения — расширить временные рамки пациента и открыть его замыслы на будущее. Это упражнение можно повторить, но уже с другой вводной, когда пациенту известно, что он сможет вести активный образ жизни на протяжении года, то какими теперь будут его цели? И последний шаг состоит в том, чтобы предложить пациенту самому решить, что он будет делать на *следующей неделе*, чтобы начать процесс продвижения к этим целям. Следовательно, каким бы реальным ни был прогноз на будущее, пациент может теперь сказать, что он предпринял значительные шаги к достижению важных целей.

Промежуток времени, отводимый на планирование плодотворной деятельности, лучше всего определить самому пациенту и его партнеру. И здесь следует принять во внимание объективное знание заболевания. Одни пациенты могут позволить себе планировать свою деятельность на

годы вперед, тогда как другим, возможно, лучше подумать о таком планировании на недели или месяцы. Заявление о намерении пойти на праздник через год служит мощным противодействием заболеванию.

Поведенческие эксперименты

Многие интервенции в КПТ организуются в виде экспериментов для проверки убеждений пациента о себе самом, мире или будущем. Поведенческий эксперимент может оказаться намного более эффективным в изменении негативных установок, чем несколько сеансов их обсуждения. Описанное выше планирование активности и техника градуированных заданий может быть представлено пациенту в виде экспериментов, исход которых доподлинно неизвестен заранее ни терапевту, ни пациенту. Исследуя мысль и ее значение, можно спрогнозировать, что бы произошло, если бы пациент протестировал свое убеждение. Поведенческие эксперименты состоят из пяти шагов, выполняемых следующим образом.

1. Выявить мысль или убеждение.
2. Спрогнозировать, что бы произошло, если бы данное убеждение оказалось верным или неверным (это должно быть сделано как можно более конкретно и оперативно).
3. Придумать эксперимент для проверки данного прогноза.
4. Провести эксперимент.
5. Оценить его результат.

Ниже приведены некоторые примеры организации и проведения поведенческих экспериментов.

Пример 1

- Мысль:* Я не могу ни на чем сосредоточиться.
- Прогноз:* Мне не удастся найти ничего такого, на чем можно сосредоточиться больше 5 минут.
- Эксперимент:*
1. Найти что-нибудь такое, на чем можно сосредоточиться в течение 5 минут.
 2. Увеличивать время эксперимента на 1 минуту каждый день.

- Результат:*
1. Я сосредоточивался (сосредоточивалась) на чтении газеты в течение 5 минут и заинтересовался (заинтересовалась) настолько, что читал (читала) уже 15 минут.
 2. Мне удалось увеличивать время чтения на 5 минут каждый день. Моя сосредоточенность оказалась не такой плохой, как я думал (думала).

Пример 2

Мысль: Мой муж не хочет сексуальной близости со мной из-за моей мастэктомии.

Прогноз: Женщины не интересуют мужчин, если у них некрасивая грудь.

Эксперимент:

1. Выяснить, что моего мужа привлекает в женщинах (например, личность, одежда, физическая внешность).
2. Что из этого есть у меня?

Результат: Мой муж больше всего ценит в партнере его личные свойства и чувство юмора. Он говорит, что любит и хочет меня так же, как и прежде. Вероятно, я не настолько отталкиваю его, как мне казалось.

Эксперименты можно организовать в качестве домашнего задания или проводить во время сессии. В обоих приведенных выше примерах эксперимент можно было бы провести в присутствии психотерапевта. В первом эксперименте можно было бы попросить пациента почитать что-нибудь в течение 5 минут и сообщить, насколько легко ему было сосредоточиться. А во втором эксперименте психотерапевт мог бы попросить партнера перечислить в присутствии пациентки все, что он находит привлекательным в женщинах.

Поведенческие эксперименты во время сессий имеют большую ценность в работе с тревогой пациента. Так, если пациент страдает приступами паники, то необходимо выявить сначала катастрофическое убеждение относительно физических симптомов тревоги, а затем протестировать это на сессии. Ощущения удушья могут быть неверно истолкованы как признаки того, что пациент не сможет дышать и задохнется. Психотерапевт может вызвать у пациента подобные ощущения, попросив его добровольно произвести гипервентиляцию на сессии. Ниже приведен еще один пример организации и проведения поведенческого эксперимента.

Пример 3

- Мысль:* Когда я испытываю удушье, это означает, что я задохнусь.
- Прогноз:* 1. Если это действительно физическая проблема, мне не удастся ее решить, просто производя гипервентиляцию.
2. Если я не контролирую свое дыхание, то задохнусь.
- Эксперимент:* Провести гипервентиляцию на сессии вместе с терапевтом. Не пытаться контролировать свое дыхание
- Результат:* 1. Дыхательное упражнение вызвало те же самые симптомы, что и во время приступа паники.
2. Когда я не пытался (пыталась) контролировать свое дыхание, то удушье проходило быстрее.
- Это, вероятно, тревога, а не проблемы с дыханием. Если я позволю себе дышать свободнее, то фактически почувствую себя лучше, а не хуже.

Иногда поведенческие эксперименты не дают желаемого результата. Так, депрессивная пациентка возвращается и сообщает, что домашнее задание было для нее настоящим бедствием. Она звонила своим друзьям, но все они были слишком заняты, чтобы повидаться с ней. В таком случае следует выяснить, что это может значить для пациентки, как она интерпретировала ответы своих друзей, действительно ли они были так заняты, избирательно ли она обращала внимание на негативные части их ответов. В итоге может выясниться, что один из друзей пациентки сказал ей, что занят на этой неделе, но с удовольствием навестит ее в другое время, хотя пациентка исключила это утверждение из своего вывода. “Неудавшийся” эксперимент всегда дает сведения о мыслях пациента и его непреднамеренном поведении, помешавшем успешно выполнить задание. Если будет получена по-настоящему негативная реакция на эксперимент, как в данном случае, можно провести когнитивную работу по декатастрофизации смыслового значения отказа.

Применение поведенческих методов для работы с тревожно-озабоченными пациентами

Пациент, испытывающий тревожную озабоченность, рассматривает онкологическое заболевание как главную угрозу, которую он чувствует, что не в состоянии контролировать. Будущее кажется ему неопределенным. Такая неопределенность в отношении прогноза и неуверенности в своих силах для совладания с болезнью — это те вопросы, которые встают перед всеми онкологическими пациентами, но для тревожного пациента они имеют огромное значение. Поведенческие задания могут оказать помощь, как в повышении контроля, так и в уменьшении неопределенности. Рассматриваемый ниже случай служит наглядным примером того, как простое поведенческое вмешательство может повлиять на изменение установки пациента.

В данном случае использование планирования активности помогает отвлечь внимание от онкологического заболевания, перенеся его на другие области жизни пациента. Для тревожного пациента, озабоченного своей неспособностью контролировать собственное заболевание, этот новый подход может быть внедрен так, как описано ниже.

Мэри, 56-летняя вдова, лечилась от рака шейки матки в 1984 году. Она прошла сначала два курса химиотерапии, а затем курс радикальной радиотерапии всей тазовой области. После этого ей два раза ввели цезий, но раковая опухоль не ответила полностью на лечение и возобновилась через 6 месяцев после лечения. Мэри хорошо отреагировала на второй курс лечения, и хотя ее онкологическое заболевание больше не возобновлялось, ей не удалось избавиться от убеждения, что оно все еще присутствует у нее.

Анализ активности Мэри в течение недели ясно показал, что она проводила немало времени одна, очень мало общаясь с другими людьми. Это общение ограничивалось работой время от времени в магазине ее сестры. И хотя Мэри выполняла эту работу хорошо, она все же испытывала постоянную боязнь критики, в связи с чем у нее часто появлялись следующие мысли: “Я им здесь не нужна... Я всегда ошибаюсь”. Ее мысли о болезни были особенно заметны, когда она была одна и скучала. Такие мысли переплетались также с другими автоматическими мыслями о том, что она никому не нужна. Во время терапевтической сессии ей удалось откровенно высказаться, что она лишь отчасти верила врачам, когда они говорили ей, что она вылечилась. Но когда она была одна, то не могла справиться со своими опасениями.

Поведенческое вмешательство было нацелено на отвлечение внимания Мэри от мыслей, связанных с ее онкологическим заболеванием, когда она не была в состоянии справиться с ними. Данное вмешательство было также сформировано таким образом, чтобы предоставить данной пациентке больший контроль над теми областями ее жизни, на которые она могла бы оказывать влияние. Сначала психотерапевт воспользовался планом еженедельной активности, попросив пациентку запланировать свои активности на каждый день. С этой целью были выбраны те занятия, которые придавали ей чувство уверенности в своих силах. Она, в частности, выбрала ремонт своего дома в качестве одной цели, достижение которой она долгое время откладывала. Еще одним приятным занятием стали прогулки, которые она пожелала продолжить. В итоге ее уверенность в своих силах возросла, как только она успешно покрасила комнату в своем доме. Положительная ответная реакция на такое поведение начала также ставить под сомнение ее убеждения, что у нее по-прежнему присутствует рак. В связи с этим она сказала: “Если бы я была по-прежнему больна, то не смогла бы сделать то, что было сделано мной на прошлой неделе”.

По мере продвижения курса терапии Мэри выполнила более смелые задания. В частности, она стала принимать участие в работе местной благотворительной организации, что открыло ей ту область жизни, где она могла бы почувствовать себя нужной, а также исследовать способы, благодаря которым она бы смогла стать более ассертивной. В данном случае планирование деятельности сформировало лишь часть общей программы АПТ.

Мэри посещала также группу релаксации, где она вооружилась навыками самостоятельного преодоления тревоги. По мере прохождения курса терапии она обучалась выявлять саморазрушительные мысли и, в конечном счете, сумела критически пересмотреть свои убеждения, что она никому не нужна и несостоятельна.

“Когда мы видим, что мало чего можем сделать, чтобы обрести контроль над конкретной областью нашей жизни, то чувствуем, что теряем всякую надежду. Такое чувство может распространиться и на другие области нашей жизни, которые фактически находятся под нашим полным контролем.”

После этих слов психотерапевт побуждает пациента рассмотреть достоинства и недостатки сосредоточения только на заболевании. Для переориентации пациентов с более продвинутой формой онкологического заболевания могут оказаться полезными фразы вроде следующей: “Вы не можете контролировать свою смерть, но можете контролировать свою жизнь”.

Тревожные пациенты нередко пытаются безуспешно совладать со своим онкологическим заболеванием, отчаянно ища все больше сведений о нем или опробуя одно альтернативное лечение за другим. АПТ направляет и перенаправляет их энергию на более умелые и адаптивные методы совладания. Иногда требуется наложить запрет на поиск информации о заболевании, если он лишь вводит в цикл тревожной озабоченности. А порой лучше помочь пациенту стать более эффективным искателем информации, отрететировав, например, вместе с ним вопросы, задаваемые врачам, прояснив причины, по которым требуется найти конкретную информацию, и т.д.

Еще один путь продвижения к личному контролю состоит в том, чтобы помочь клиенту принять реалистичный подход, чтобы оставаться здоровым. Шаги, предпринимаемые для улучшения прогноза онкологического заболевания, не ограничиваются только его медицинским лечением. Пациент может сделать немало, чтобы способствовать своему выздоровлению, в том числе регулярно выполнять физические упражнения там, где это возможно, бросить курить, принимать здоровую пищу и искать способы релаксации. Такая, сама по себе здоровая, деятельность может также способствовать успешной борьбе с заболеванием.

Пациент и его партнер могут составить вместе список тех мер, которые они могут предпринять, чтобы оказать какое-то положительное влияние на течение заболевания. Этот список может появиться в результате брейншторма, в ходе которого пара записывает все, что кажется им достижимым даже отдаленно: от витамина С до ароматерапии. Акт записи идей на бумаге служит еще одним шагом в противодействии убеждению, что пациент ни на что не способен. Тревожный пациент, возможно, уже пользовался подобными стратегиями, но терапия помогает ему взглянуть на свою беспомощность в перспективе. Например, женщина с диагнозом рака яичников изнуряла себя плаванием на 60-метровую дистанцию и бегом трусцой каждый день. В ее случае необходимо было обсудить и спланировать подходящий и умеренный режим выполнения подобных оздоровительных упражнений.

Аналогичные методы можно применять и для совладания с неопределенностью по поводу исхода заболевания. Применяя поведенческие методы, можно перенести основное внимание с прогноза заболевания. Так, психотерапевт мог бы сказать: «Нам вряд ли удастся сделать много, чтобы снизить риск рецидива, но мы можем помочь вам уменьшить не-

определенность в остальных областях вашей жизни”. Активность можно спланировать таким образом, чтобы она была предсказуемой и приятной. Вовлечение в интересную деятельность помогает также отвлечь внимание пациента от озабоченности возможным рецидивом заболевания. Например, женщина, постоянно опасавшаяся возобновления онкологического заболевания в различных частях ее организма, обнаружила, что за время рождественских праздников ее тревога снизилась. Удовольствие от ухода за маленькими детьми отвлекло ее внимание от сосредоточенности на своем заболевании.

Применение поведенческих методов для работы с беспомощными и безнадежными пациентами

Для пациента с беспомощной или безнадежной реакцией на онкологическое заболевание никакой неопределенности или сомнения больше не существует, но в то же время у него имеется глубокий пессимизм по поводу будущего. Такой пациент убежден, что ничего нельзя сделать для совладания с болезнью. Для таких пациентов планирование активности может оказаться даже более полезным, чем для тревожных пациентов.

Дженни было 45 лет, и она работала учительницей. Семейный врач обнаружил у нее рак молочной железы (на стадии T2 N1b), и поэтому она прошла сначала операцию местного удаления опухоли, а затем курс радиотерапии. После начала радиотерапии она чувствовала себя подавленной, потерявшей всякую надежду и разгневанной. Ее заботила скованность в руке, и она боялась, что не сможет выполнять свою работу, если пройдет курс химиотерапии. Дженни была разведена, и у нее был 8-летний сын. Ее родителей уже не было в живых, а родственники и друзья оказывали ей очень малую социальную поддержку.

Первая цель терапии состояла в преодолении чувства безнадежности. Психотерапевт исследовал те цели, которые Дженни могла бы поставить перед собой на будущее, если бы она излечилась от рака. Поначалу сделать это было трудно, отчасти из-за ее подавленного настроения, а отчасти потому, что она считала любые личные цели эгоистичными. В итоге она выявила следующие цели: навестить подругу во Франции, переехать в новый дом, заняться писательским творчеством, приобрести хорошую физическую форму, найти подходящую школу для ее сына, а также найти интересные совместные занятия для себя и своего сына. Она согласилась опробовать

некоторые из этих занятий как часть программы терапии, чтобы пережить больше успехов и удовольствий и лучше упорядочить свой досуг.

В конце сессии психотерапевт запросил обратную связь, на что Дженни сказала: “Какой смысл делать что-нибудь, чтобы воспрянуть духом, если я все равно скоро умру?” Подобная автоматическая мысль требовала когнитивного вмешательства, чтобы гарантировать успешное выполнение назначенного домашнего задания. Психотерапевт помог Дженни рассмотреть те преимущества, которые могло бы дать улучшение ее настроения, независимо от прогноза ее онкологического заболевания. При этом снова прозвучало основание для планирования активности, а домашнее задание — назначено в рамках эксперимента. “Посмотрим, что произойдет, если вы попробуете некоторые из этих видов деятельности”, — сказал психотерапевт.

В течение двух следующих недель безнадежность Дженни снизилась, и она почувствовала меньшую подавленность от негативных автоматических мыслей. Она выполнила задания, которые поставила перед собой сама, и начала уделять себе некоторое время в течение дня. Кроме того, она приступила к выполнению программы, состоявшей из легких физических упражнений. Планирование активности заложило основание для более конкретных когнитивных и поведенческих вмешательств по ходу терапии, как показано в табл. 8.1.

Сосредоточение основного внимания на качестве жизни усиливает личный контроль над теми областями деятельности пациента, которые не связаны с онкологическим заболеванием. Побуждая к переживаниям, развивающим ощущение совладания и контроля, психотерапевт помогает пациенту начать снова активно взаимодействовать с внешним миром. Психотерапевт может объяснить пациенту принцип мастерства и попросить его составить список активностей, которые могли бы этому способствовать. К этому упражнению можно привлечь партнера пациента. Другой подход состоит в том, чтобы организовать эксперимент, в котором пациент опробует некоторые из намеченных активностей и оценивает их по степени того контроля, который он чувствует, что обретает во время этих занятий. Подобные занятия могут быть приспособлены к индивидуальным особенностям пациента, а их стимулирование, как и все остальные процедуры КПТ, должно проводиться совместно, чтобы пациент понял основания для эксперимента и принял активное участие в его организации.

Активность, связанная с обретением чувства контроля, может быть самой разной: от стирки до изготовления модели. Пациента следует побуждать ставить перед собой реальные цели. Даже такая простая активность, как приготовление чашки чая, может вызвать намного большие трудности во время курса химиотерапии, чем тогда, когда пациент чувствует себя хорошо.

К такому подходу может быть привлечен партнер, а в идеальном случае — как можно в большей степени. Взаимоотношения пациента и партнера должны быть исследованы с целью выяснить, имеются ли какие-то межличностные факторы, содействующие появлению чувства беспомощности у пациента. Некоторые партнеры начинают сами выполнять всю работу по дому, не позволяя ничего делать онкологическому пациенту. В таком случае им необходимо договориться, чтобы больной партнер делал только то, что позволяет его болезнь. А здоровый партнер должен научиться не только давать, но и принимать. Для этого, возможно, придется поставить особые задания, например, побудить пациента делать что-нибудь для своего партнера, чтобы отблагодарить его за то, что он делает для него.

Беспомощный пациент может сообщить о негативных когнициях о том, в какой степени кто-нибудь другой оказывает влияние на его здоровье. Для противодействия такой беспомощной установке могут быть составлены особые поведенческие задания. Показывая пациенту, каким образом он может активно содействовать своему выздоровлению, можно укрепить в нем боевой дух.

Следование медицинским рекомендациям

Столь простая стратегия подразумевает смену локуса контроля в отношениях врача и пациента. Несмотря на то, что пациент может мало сказать о выборе конкретных лечебных процедур, у него все же имеется выбор придерживаться или не придерживаться конкретного курса лечения. Комплаенс (соблюдение режима лечения) — это не пассивное явление, а на самом деле активный курс, избранный пациентом. Регулярное посещение врача и прием лекарств, сдача анализов крови — все эти действия пациента повышают его шансы на выздоровление. Каждое назначение амбулаторного лечения представляет собой осознанный выбор пациента для совместной с врачом борьбы с заболеванием. Такой выбор дополнительно подчеркивается рассмотрением последствий несоблюдения режима лечения.

Таблица 8.1. Еженедельное расписание активности беспомощной и безнадежной пациентки с диагнозом рака молочной железы

Время	Понедельник	Вторник	Среда
9–10 часов	Посещение больницы для лечения		Посещение больницы для лечения
10–11 часов	Возвращение домой		Возвращение домой
11–12 часов	Стирка		Посещение почты
12–13 часов			Обед
13–14 часов			Встреча с подругой с целью выпить
14–15 часов	Работа в саду		Прогулка
15–16 часов	Забирание сына со школы	45 минут на письмо	Визит к ближайшему соседу
16 часов–17 часов	20 минут на письмо	Забирание сына со школы	Забирание сына со школы
	Отправка сына на занятие футболом	Поездка с ним на футбол	
17–18 часов	Возвращение домой	Занятие футболом	
18–19 часов	Забирание сына с футбола	Ужин	Ужин
19–20 часов	Ужин	Укладывание сына в постель	Укладывание сына в постель
	Укладывание сына в постель		
20–24 часа	Просмотр новостей	Просмотр новостей	Просмотр новостей
	Упражнения	Упражнения	Упражнения

Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
Посещение больницы для лечения	Посещение больницы для лечения		
Возращение домой	Возращение домой		Стирка
Чай и беседа с друзьями	Чай с друзьями	Шоппинг	
	Обед в доме подруги	Прослушивание аудиозаписи с терапевтической сессии	Встреча с сестрой
Обед и работа по дому		Обед	
Визит коллеги по работе	Шоппинг	Приобретение книги	Обед с сестрой
Забирание сына со школы	Забирание сына со школы		Прогулка
Шоппинг			Визит к подруге и сестре на чай
		Приготовление пищи	
Ужин			Возращение домой
	Ужин в доме подруги	Ужин	Мытье и проч.
Просмотр новостей	Пребывание дома	Чтение	
Звонки по телефону		Упражнения	Глажка
Упражнения			Укладывание сына в постель

Поиск информации

Беспомощному или безнадежному пациенту можно помочь обрести больший контроль над своей болезнью, направив его к подходящим источникам информации (например, буклетам, поясняющим характер заболевания, книгам, написанным самими пациентами, и т.д.). Пациента можно побудить к тому, чтобы он задавал своему врачу вопросы о заболевании. Медицинская консультация отпугивает пациентов тем, что в данной ситуации вся власть находится в руках врача, и поэтому с пациентом, возможно, придется заранее поработать, чтобы он с наибольшей вероятностью задавал врачу эффективные вопросы и получал на них подходящие ответы. Написание вопросов на бумаге или ином носителе информации, чтобы не забыть задать их в амбулаторном отделении больницы, является простой процедурой, которая может оказаться полезной. А другим пациентам, возможно, придется отрепетировать вместе с психотерапевтом те вопросы, которые они хотели бы задать своему врачу.

Такой метод позволяет также получить ценные сведения об автоматических мыслях пациента, возникающих в конкретной ситуации. Чтобы стать эффективным искателем информации, пациент должен научиться быть конкретным, задавая интересующие его вопросы. И для того чтобы упростить эту задачу пациенту, психотерапевт может известить лечащего врача, что он рекомендовал пациенту задавать конкретные вопросы о своем заболевании. Такой метод может оказаться эффективным в переживании мастерства. Он служит также для повышения доверия к медицинскому персоналу, что, в свою очередь, повышает веру пациента, что лечащий врач полностью контролирует течение его заболевания.

Можно пойти еще дальше, исследовав доверие пациента к лечащему врачу и больнице. Там, где это уместно, применяются такие когнитивные методы, как тестирование реальности, чтобы установить доверительные отношения лечащего персонала с пациентом. При таком заболевании, как рак, где пациент, возможно, не в состоянии содействовать своему выздоровлению в такой же степени, как и при других заболеваниях, очень большое значение должно иметь доверие и эффективное общение с теми, кто лечит пациента.

Выбор конкретной стратегии зависит от индивидуальных проблем пациента. Как всегда, психотерапевт должен понимать и соблюдать тонкое

равновесие между противодействием негативным мыслям пациента и его чувствами по поводу рака, а также помогать ему отвлекаться от переполняющих негативных мыслей.

Другие примеры использования поведенческих методов

До сих пор мы рассматривали использование поведенческих методов для совладания с угрозой, которую рак несет выживанию тех, кто им болен. Опасениям по поводу прогрессии болезни и ожидаемой продолжительности жизни нередко сопутствуют опасения по поводу воздействия рака на ключевые области жизни человека. Так, авторы исследования, описанного в [Harrison et al, 1994], обнаружили, что 50% всех пациентов сообщили, что текущее заболевание проявляется *большим* или *средним* беспокойством для них, тогда как 22 беспокоило их будущее. Пациентов беспокоили также последствия лечения (24%), физические симптомы (18%), а также неспособность что-нибудь делать (18%).

Отличие угрозы выживанию от угрозы другим сторонам жизни пациента нередко имеет произвольный характер в клинической практике. Упомянутый ранее пациент, испытывавший тревожную озабоченность, имел хронически низкую самооценку. А потерявшая надежду пациентка испытывала в прошлом трудности в межличностных отношениях и видела в побочных эффектах лечения своего онкологического заболевания (скованность в руке после радиотерапии) признак своей инвалидности. Поведенческие методы могут быть использованы для разрешения проблем, возникающих в других областях жизни пациентов (например, при лечении, физической неспособности, взаимоотношениях с другими людьми, самооценке и проч.).

Эти положения можно наглядно продемонстрировать на примере пациентки, показавшей хорошую адаптацию к своему онкологическому заболеванию и не чувствовавшей никакой безнадежности по поводу своего будущего, но все имеющей депрессивные симптомы, которые отреагировали на поведенческие интервенции. Бетти была 60-летней офисной служащей, вышедшей на пенсию. У нее был обнаружен рак шейки матки на третьей стадии. Она успешно прошла курс лечения, но через 3 года проявился рецидив данного онкологического заболевания. Она хорошо отреагировала на второй курс лечения, но от него у нее осталась постоянная усталость,

раннее пробуждение по утрам и слезливость. Она почувствовала небольшое облегчение от антидепрессантов, которых ей выписал семейный врач, но все равно испытывала сильную депрессию, когда обратилась за психиатрической помощью.

Как следствие подавленного настроения, поведенческий репертуар Бетти заметно сократился. Она больше не обращалась ко многим видам активности, которые доставляли ей раньше удовольствие. Это обстоятельство усугублялось тем фактом, что они с мужем переехали жить в бунгало непосредственно перед рецидивом опухоли. Вследствие этого большая часть работы по распаковке вещей и ремонту дома осталась не сделанной. Ее автоматические мысли были самокритичны: “Мне не следовало так себя вести, я должна была сама выйти из этого положения” и “Мне стыдно за то, что я не навела в доме порядок”.

Она сетовала по поводу переезда в новый дом следующим образом: “Все разладилось с тех пор, как я переехала” и “Если бы я не переехала, рак не появился бы у меня снова”. Она загнала себя в ловушку недовольства собой, поскольку это снижало ее мотивацию делать что-нибудь в новом доме. Однако ее бездействие приводило к появлению еще большего числа негативных мыслей о том, что она неспособна больше действовать, как прежде.

Бетти прошла курс КПТ в сочетании с приемом лекарств от депрессии. Домашнее задание, которое было ей назначено на первую неделю, требовало от нее постоянно контролировать свою деятельность, начав с каких-нибудь мелких занятий по наведению порядка в доме (в данном случае — вязания по полчаса в день и расчистки трех отделений ее платяного шкафа). Благодаря этому ее настроение улучшилось в течение недели. Она записывала степень совладания, которую она достигла в каждом занятии, и также оценивала каждое занятие на предмет доставленного ей удовольствия. И как часто бывает, как только Бетти начала получать отдачу от своего поведения, ее мотивация возросла, и она сделала даже больше, чем собиралась сделать поначалу, как показано в табл. 8.2.

Настроение Бетти продолжало улучшаться на протяжении нескольких последующих недель, хотя усталость ее все же не оставляла. И в дальнейшем она обращалась в течение нескольких недель в больницу по поводу болей в животе. Оказалось, что она страдала от острого миелоидного лейкоза — вторичного заболевания, возникшего после того, как она прошла курс лечения рака шейки матки, и вскоре она умерла.

В связи с этим случаем возникает ряд интересных вопросов. Во-первых, была ли депрессия этой пациентки обусловлена зарождавшимся лейкозом? И хотя исключать такую возможность нельзя, настроение пациентки было все же подавленным в течение нескольких недель, прежде чем появились какие-нибудь физические симптомы. Такое настроение, вероятно, появилось у нее не меньше трех месяцев назад, когда она все еще проходила курс лечения своего онкологического заболевания. Но каковы бы ни были причины депрессии, она отреагировала на психологическое лечение в течение короткого периода времени.

Во-вторых, было ли уместно лечить данную пациентку посредством АПТ? Если бы было заранее известно, что ее жизненные планы на будущее настолько краткосрочны, то особая форма ее лечения, возможно, и не была бы выбрана. Но, как нередко случается, состояние физического здоровья данной пациентки изменилось в ходе терапии, а следовательно, потребовались новые соображения и планы. Психотерапевту необходимо выносить суждения на основании тех фактов, которые предоставляет медицинский персонал, лечащий пациента. В КПТ проблемы переформулируются в гипотезы. Например, психотерапевт обычно говорит: «Ваша усталость и утомленность, по-видимому, не вызвана никакими физическими симптомами, но она могла бы вполне служить явным признаком депрессии. Мы, вероятно, сможем поработать над вашим настроением, чтобы посмотреть, что произойдет с вашей усталостью». И в действительности, так и произошло. Усталость Бетти была немного снята, но не исчезла полностью.

И, наконец, рассмотренный здесь случай служит наглядным примером, демонстрирующим применение техники градуированных заданий. Поначалу Бетти были даны очень простые и легкие для понимания задания. А по мере улучшения ее настроения психотерапевт помог ей выбрать более сложные и трудные задания для ее повседневной деятельности. Как следует из табл. 8.2, Бетти постепенно увеличивала время, которое она проводила за вязкой, от 35 минут до 1 часа на протяжении одной недели.

Таблица 8.2. Еженедельная активность депрессивной пациентки с диагнозом рака шейки матки*

Время	Понедельник	Вторник	Среда
9–10 часов			
10–11 часов			
11–12 часов		Обсуждение планов относительно нового комплекса кухонной мебели (M10, P5)	
12–13 часов		Вязание 35 минут (M10, P4)	Глажка 30 минут
13–14 часов		Приведение в порядок отделения платяного шкафа (M8, P3)	
14–15 часов			
15–16 часов			Визит к подруге (M10, P4)
16–17 часов			
17–18 часов			
18–19 часов		Визит к подруге на обед (M10, P6)	
19–20 часов			Вязание 35 минут (M10, P4)
20–24 часа			Вязание 35 минут (M10, P3)

* Свою активность данная пациентка оценивала по 10-бальной шкале совладания (M) и удовольствия (P).

Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
	<p>Вязание 45 минут (M10, P5)</p>		
		<p>Работа по дому 45 минут (M10, P5)</p>	
		<p>Шоппинг (M9, P5)</p>	
<p>Шоппинг (M10, P4)</p>			<p>День рождения подруги (P6)</p>
		<p>Приготовление ужина (M10, P5)</p>	
			<p>Вязание 1 час (P6)</p>
		<p>Вязание 50 минут (P6)</p>	

Резюме

Поведенческие интервенции могут предоставить весьма эффективные средства для изменения негативных установок, давая ощущение личного контроля и обучая методам самопомощи. Как правило, они представляют собой стратегию выбора в начале курса КПТ. Поведенческие эксперименты могут принести пользу в любой момент по ходу терапии. Назначая домашние задания, психотерапевту следует принять во внимание перечисленные ниже факторы.

1. Приспосабливать назначаемое задание к потребностям пациента. По возможности, устанавливать задачу в сотрудничестве с пациентом, включая и его партнера.
2. Объяснять основания для каждого поведенческого задания и получать обратную связь в качестве ответной реакции на такое объяснение.
3. Придавать домашним заданиям как можно более специфический и конкретный характер. Записывать их, чтобы пациент мог взять их с собой. Делать четкие прогнозы относительно ожидаемых результатов.
4. Разрабатывать задания таким образом, чтобы они соответствовали уровню образования пациента и его физическим и психологическим возможностям.
5. Попробовать воссоздать “беспроегрывную” ситуацию. Когда будет возможно, убедиться, что пациент успешно справился с заданием.
6. Запросить на следующей сессии терапии обратную связь пациента относительно результатов выполнения домашнего задания.

ОСНОВНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ ТЕХНИКИ

АПТ нацелена на то, чтобы дать пациентам облегчение от эмоционального дистресса и изменить дезадаптивный стиль их адаптации к заболеванию. Когнитивные техники образуют одну из самых важных групп терапевтических стратегий и формируют основной компонент второй фазы терапии:

- Применение когнитивных техник с особой ссылкой на бланк “Запись дисфункциональных мыслей” (DTR — Dysfunctional Thought Record) — самую распространенную форму, предназначенную для идентификации и изменения негативных мыслей.
- Порядок применения формы DTR для выявления, отслеживания и оценивания мыслей и убеждений, а также составления планов действий.
- Пять основных методов, предназначенных для оценивания мыслей и убеждений: тестирование реальности, поиск альтернатив, реатрибуция, декастастрофизация и взвешивание достоинств и недостатков.
- Четыре другие когнитивных техники: отвлечение внимания, самообучение, когнитивная репетиция и использование воображения.

Применение когнитивных техник

В этом разделе описываются основные когнитивные техники и порядок их применения.

Выявление автоматических мыслей и убеждений

Первая стадия любого когнитивного вмешательства состоит в том, чтобы выявить мысли или убеждения, имеющие отношение к рассматриваемой проблеме. Как только проблема, которую пациенту хотелось бы разрешить, будет выяснена на сессии, психотерапевт приступит к исследова-

нию мыслей, чувств, поведения и физических ощущений, связанных с ней (см. рис. 2.3 в главе 2). Четкое представление о том, каким образом у нас формируется когниция, как мы чувствуем и что мы делаем, занимает центральное место во всем предприятии терапии. А процесс оказания помощи пациенту для того, чтобы он мог увидеть связь между мыслями, эмоциями и поведением называется *социализация в модель КПТ*. На этой стадии может быть полезным внесение в таблицу, состоящую из четырех заголовков, пациентского опыта переживания проблемы. Для пациента, который беспокоится о своей усталости, заполнение таблицы может быть таким.

Физические ощущения	Мысли	Чувства	Поведение
Усталость	“Я не могу ничего делать сейчас” “Я бесполезен (беспомощна)”	Подавленность Безнадежность	Замкнуться в себе, делать меньше

В когнитивной модели предполагается, что представление пациента о его усталости будет оказывать значительное влияние на то, как он будет с ней справляться. Самый подходящий метод раскрытия значения подобного симптома для пациента — через мысли, о которых он сообщает. Сообщаемые пациентом мысли (например, “Я себя ненавижу”) или образы (в частности, “Я вижу, как рак съедает меня”) имеют большую ценность, чем интерпретации психотерапевтом того, что пациент может или должен чувствовать. В данном контексте когниции определяются как “мысли или зрительные образы, которые можно не осознавать до тех пор, пока на них не будет сосредоточено внимание”. Следовательно, мысли не сразу становятся очевидными, но пациенту может потребоваться некоторая практика, прежде чем он сможет выявлять то, что его огорчает.

Авторы публикации [Beck et al, 1979] рекомендовали пятиэтапную процедуру, которой следует придерживаться, обучая пациента наблюдать и регистрировать свои мысли. Эта процедура выполняется следующим образом.

1. Определить автоматические мысли.
2. Продемонстрировать взаимосвязь мыслей и чувств (или поведения) на конкретных примерах.
3. Продемонстрировать присутствие когниции из недавнего опыта пациента.

4. Назначить пациенту домашнее задание собирать и регистрировать свои мысли.
5. Просмотреть записи мыслей пациента и дать детальную обратную связь.

Когниции можно продемонстрировать пациенту несколькими способами. Эти способы перечислены ниже.

1. Пациента можно спросить, были ли у него какие-нибудь мысли о терапии непосредственно перед сессией. Например, у него могли бы появиться следующие мысли: “От этого не будет никакого толку”, “Я еще не сошел (сошла) с ума. Зачем они направляют меня к психотерапевту?” или “Дело зашло слишком далеко, чтобы мне можно было чем-то помочь”.
2. Психотерапевт может прокомментировать любое изменение эмоций пациента во время сессии терапии (например, появление слез, проявление беспокойства и т.д.). Такие эмоциональные изменения нередко обнаруживают “горячие когниции” о психотерапевте и терапии, как, например: “Я заметил (заметила), что вы смотрите на часы, и подумал (подумала), что вас не интересует, что я сказал (сказала)”.
3. Психотерапевт предлагает пациенту вспомнить, когда в последний раз он переживал сильную эмоцию. Поэтапное воспроизведение такой ситуации в уме позволяет выявить мысли или образы, появившиеся в тот момент.
4. Недавнее переживание может быть воссоздано на терапевтической сессии путем разыгрывания роли или мысленного представления, и тогда пациента можно спросить: “Что теперь проносится в вашем уме?”

Такие техники можно применять на любой сессии по ходу всей терапии для выявления мыслей о критических событиях. При выявлении мыслей психотерапевту следует попытаться установить различные смысловые значения, которые возникшая ситуация имела для пациента. При этом следует выявить как можно больше мыслей, а не останавливаться после одной или двух первых мыслей, поскольку первые описываемые мысли могут оказаться довольно поверхностными. Если спросить себя, приносит ли конкретный образ мыслей явное огорчение, это поможет лучше понять, была ли обнаружена “горячая когниция”. Помимо обсуждения мыслей на сессии, психотерапевт побуждает пациента начать постоянно отслеживать

свои мысли в промежутках между сессиями. Как только пациент усвоит, насколько жизненно важным для него является концепция автоматических мыслей, он начнет замечать подобные мысли в своей повседневной жизни, а затем искать способы их оценки.

Отслеживание автоматических мыслей

Как только пациент ознакомится с тем, как мысли связаны с эмоциональным дистрессом, следующим шагом для него будет регистрация своих мыслей. С этой целью психотерапевт дает пациенту форму регистрации автоматических мыслей, бланк которой приведен в приложении 4 к этой книге, и просит его вспомнить негативные мысли вместе с той ситуацией, где они появились, а также пережитые при этом эмоции. Конкретные инструкции, которые даются пациенту, зависят от возникших у него проблем. Например, пациента с симптомами депрессии можно попросить записывать свои мысли всякий раз, когда его депрессия усиливается.

Так, женщину, испытывающую тревожную озабоченность по поводу онкологического заболевания, можно попросить вспомнить мысли, которые появляются у нее всякий раз, когда она начинает беспокоиться по поводу конкретного телесного симптома. А другие пациенты могут записывать свои мысли, касающиеся конкретных тем их беспокойства (например, безнадежности или непредсказуемости). И, наконец, если проблема возникает ситуативно (например, боязнь больницы или тошнота, обусловленная лечением), пациент может постоянно контролировать свои мысли, появляющиеся в данной конкретной ситуации. Конкретные рекомендации относительно того, какие мысли и когда следует записывать, способствуют тому, что домашнее задание будет выполнено пациентом с большей вероятностью.

В рассматриваемом здесь примере пациент, который чувствует усталость, получил домашнее задание регистрировать те моменты, когда он чувствует себя усталым. С этой целью он должен сначала оценить данный симптом по шкале 0–10 баллов, а затем записать те мысли и чувства, которые он пережил в тот момент.

Людям часто требуется получать инструкции и практиковаться в правильной регистрации своих автоматических мыслей. Ниже приведены некоторые рекомендации по этому поводу.

1. **Быть кратким.** Например, сделать запись “Я неудачница” вместо записи “Прошлым вечером, когда я возвращалась домой, он сказал мне

нечто такое, от чего я почувствовала себя ужасно, и это было похоже на то, как если бы он сказал мне, что я потерпела неудачу”.

2. **Четко различать ситуации, эмоции и мысли.** В примере, приведенном выше в п.1, все это смешано вместе.
3. **Записывать утверждения, а не вопросы.** Например, сделать запись “Я не могу придумать ничего, что могло бы мне помочь” вместо записи “Что я собираюсь делать?”
4. **Записывать автоматические мысли отдельно.** Не записывать их в форме потока сознания, регистрируемого в длинном дневнике.
5. **Убедиться, что появившаяся мысль действительно автоматическая.** Многие люди записывают основанные на реальности утверждения вроде “Мы в долгах”, но оставляют последующие мысли, которые по-настоящему беспокоят, например: “Я уверен (уверена), что они подадут на нас в суд”, “Я не перенесу этот позор” или “Я слишком болен (больна), чтобы справиться с этим”.

Лучше всего, чтобы пациент регистрировал свои мысли в тот момент, когда они появляются, хотя это не всегда возможно. Для записи своих мыслей пациенту, возможно, придется выделить 15 минут каждый вечер. Когда постоянный контроль задан в виде домашнего задания, его итоги следует подвести в начале каждой последующей сессии.

В данной фазе психотерапевт не просит пациента оценить свои мысли. Иногда оказывается достаточно записать их, чтобы частота их появления снизилась.

Оценивание автоматических мыслей и убеждений

Как только пациент усвоит концепцию автоматических мыслей и начнет успешно их регистрировать, на следующей стадии ему предстоит научиться противодействовать им. А поскольку люди нередко описывают большое количество мыслей, то очень важно помочь им найти самую подходящую для изменения мысль. Это можно, например, сделать, взяв мысль, которая, по-видимому, лучше всего объясняет эмоциональную реакцию пациента (т.е. мысль, которая больше всего огорчает), и назвав ее “горячей” мыслью, которую пациенту следует протестировать. Как только мысли будут выявлены и записаны, они могут быть первоначально проверены на предмет когнитивных искажений. Ниже приведены некоторые тому примеры.

Автоматическая мысль	Искажение
“Мой муж больше не стремится иметь интимную близость со мной” “Я не привлекательна”	Необоснованный вывод
“Никто не может теперь меня любить, ведь у меня рак”	Чрезмерное обобщение

Обнаружение искажения может быть первым шагом на пути демонстрации нереалистичности мысли. В данной фазе терапии пациентам может быть полезно иметь у себя краткую памятку когнитивных искажений в распечатанном виде себя. Пример такой памятки приведен в приложении 2 к этой книге. Следующим шагом в заполнении бланка регистрации мыслей будет запись в столбце, где указывается альтернативная реакция пациента. Это не простой процесс, поскольку он включает в себя обучение новому подходу к мыслям и чувствам. В связи с этим психотерапевту лучше всего записать вместе с пациентом хотя бы одну мысль полностью в данной форме, прежде чем он попытается выполнить домашнее задание по регистрации своих мыслей.

Некоторые методы противодействия негативным мыслям будут описаны далее. Обдумывая варианты подобных мыслей в процессе их регистрации, пациент должен сделать их значимыми лично для себя. Типичная ошибка пациентов в данном случае состоит в том, что они пользуются такими слабыми аргументами, как простое формулирование мысли, противоположной автоматической мысли. Например, женщина с диагнозом рака молочной железы могла бы сказать: “Никто не может теперь меня любить” (автоматическая мысль), рациональная реакция на которую может быть следующей: “Люди могут меня любить”. Но более эффективная реакция на подобную мысль могла бы быть такой: “Я знаю, что мой муж по-прежнему находит меня привлекательной, поскольку он говорит мне об этом. Я путаю любовь с сексуальной привлекательностью. Мои дети и муж любят меня”. В табл. 9.1 показано, как пользоваться записью мыслей для совладания с симптомами усталости, безнадежности и депрессии.

Ответы работают лучше всего, если они конкретны и основываются на четко описанных и проверяемых случаях. В табл. 9.2 сведены вопросы, которые пациенты могут задать себе, пытаясь оценить свои негативные автоматические мысли.

Разработка плана действий

Заполнение бланка регистрации мыслей будет более эффективным результатом, если будет какое-то определенное действие. И если найдена убедительная альтернатива записанной мысли, ею можно воспользоваться как флеш-картой для работы с этой мыслью в будущем. Пациент может решиться отрепетировать интерпретацию ситуации по-другому, когда она возникнет в следующий раз. Поведенческая задача нередко напрашивается сама собой из упражнения. Например, в табл. 9.1 показано, как пациент, ощущающий усталость, придумал два способа совладания с ощущением подавленности из-за того, что он не мог поиграть со своей трехлетней внучкой. Во-первых, он смог придумать менее утомительные физически совместные занятия с внучкой, а, во-вторых, подождать до тех пор, пока настанет день, когда он почувствует меньшую усталость, и тогда он пригласит внучку к себе домой.

Противодействие негативным мыслям позволяет пациенту более конструктивно подходить к разрешению возникшей у него проблемы. И зачастую план действий становится понятным из результатов записи подобных мыслей. Если пациент все еще не уверен, является ли мысль действительно негативной, для ее проверки можно устроить поведенческий эксперимент (см. главу 8). Например, в табл. 9.1 показано, что пациент, ощущающий усталость, решил попробовать в качестве эксперимента регулярно заправлять постель, чтобы проверить, имеет ли его усталость только физический характер, или же она может быть симптомом его депрессии.

Основные методы оценивания мыслей и убеждений

Процесс отслеживания и тестирования автоматических мыслей является основным для когнитивной терапии. Методы, которыми пациент пользуется для противодействия подобным мыслям, являются составной частью процедуры разрешения проблем, демонстрируемой на сессии. Как только проблема будет определена, негативные эмоции, связанные с ней смогут быть осознаны, а психотерапевт сможет побудить пациента выразить их открыто (см. главу 7). Затем выявляются отрицательные автоматические мысли и для разрешения проблемы проводится одно или больше описанных ниже когнитивных вмешательств. Нередко это делается

Таблица 9.1. Запись мыслей пациента, испытывающего усталость, безнадежность и депрессию

Ситуация	Усталость, оцениваемая по шкале 0–10 баллов	Эмоции, оцениваемые по шкале 0–10 баллов	Автоматические мысли
Моя внучка пришла ко мне домой, но я чувствовал себя слишком усталым, чтобы поиграть с ней	8	Подавленность, безнадежность	Я не могу ничего делать
		Безнадежность	Я беспомощен
10			
Пытаюсь заправить постель	6	Подавленность	Я никогда с этим не справлюсь
		5	Я беспомощен
Что толку?			

с помощью записи мыслей, но в других случаях это может быть сделано и в ходе более неформальной обсуждения.

Здесь описываются пять наиболее распространенных методов, предназначенных для проверки мыслей и убеждений. Эти методы перечислены ниже.

1. Тестирование реальности.
2. Поиск альтернатив.
3. Реатрибуция.
4. Декатастрофизация.
5. Взвешивание достоинств и недостатков.

Альтернативная реакция	План действий
<p>Сегодня у меня тяжелый день. У меня перехватывает дыхание чаще, чем обычно, но я все же могу поиграть немного с внучкой в не слишком утомительные игры</p>	<p>Планируя игры, я смогу в будущем играть в не слишком утомительные физические игры</p>
<p>Никто больше не думает, что я беспомощен. Я все же могу получать удовольствие от пребывания с внучкой, даже если мы и не играем в полную силу</p>	<p>Пригласить внучку к себе домой, когда я буду чувствовать себя менее усталым</p>
<p>Я сделал это вчера, несмотря на то, что я чувствовал себя очень усталым</p>	<p>Мне нельзя сдаваться сразу из-за того, что я чувствую усталость. Мне стоит попробовать, чтобы посмотреть, смогу ли я это сделать</p>
<p>Я знаю, что эта усталость отчасти имеет психологический, а не физический характер. Если бы я только попробовал! Я почувствую себя лучше, если хотя бы попробую</p>	

Отличия этих методов полезно знать для изучения когнитивных стратегий, хотя их не следует относить к установленным раз и навсегда категориям. Как только начинающий психотерапевт станет более опытным, он обнаружит, что пользуется несколькими отличающимися методами в коротких временных рамках, чтобы достичь когнитивного изменения. Все психотерапевты вырабатывают свои индивидуальные методы, которые совсем не обязательно излагать здесь.

Таблица 9.2. Вопросы, которые пациенты могут задать себе, пытаясь оценить свои негативные автоматические мысли

1.	Каковы причины, по которым я верю, что это правда?
	Каковы причины, по которым я не верю, что это правда?
2.	Можно ли как-то иначе посмотреть на это?
	Есть ли этому альтернативное объяснение?
	Что бы я сказал (сказала) своим друзьям, если бы они оказались в подобной ситуации?
3.	Если это правда, то настолько ли она плоха, как я боюсь?
	Что самое худшее может случиться?
	Что самое лучшее может случиться?
	Что, вероятнее всего, произойдет?
	Как мне с этим совладать?
4.	Какие преимущества дает такой образ мыслей?
	Какие недостатки в таком образе мыслей?

Тестирование реальности

Тестирование реальности просто означает проверку достоверности мысли или убеждения. С этой целью психотерапевт просит пациента найти доказательство, поддерживающее или не поддерживающее.

Тестирование реальности является одной из базовых когнитивных процедур. Его цель — отличить настоящую печаль от депрессии, а также настоящий страх от иррациональной тревоги. Рак сам по себе вызывает немало страданий, но болеющий им может усилить эти страдания, если поддается категоричному или бесполезному мышлению. Характерным тому примером служит страх рецидива. Всем, у кого есть рак, приходится жить с постоянной вероятностью его возвращения. И хотя для некоторых пациентов вероятность рецидива онкологического заболевания относительно мала, им все же трудно не размышлять о нем. Впрочем, исследуя факты, пациент может составить четкое мнение о том, насколько реалистичны его опасения. Пациентам с диагнозом рака на ранней стадии и хорошим его прогнозом тестирование реальности помогает содействовать по-насто-

ящему оптимистичному представлению о таком прогнозе. Переживания вины, самообвинения, никчемности и отверженности нередко появляются и в результате искаженного мышления, как демонстрируют приведенные ниже примеры.

- “Мне теперь вообще не получить работу, раз у меня рак”.
- “Я умру в одиночестве”.
- “Я вряд ли смогу что-нибудь с этим поделать”.

Умелое опрашивание дает возможность выудить заблуждения из убеждений пациента. В поисках доказательств психотерапевт может опираться на самые разные источники, включая следующие:

1. Прошлый опыт пациента.
2. Знание и наблюдение пациентом поведения и опыта других людей.
3. Ссылка на заслуживающие доверия источники информации (например, книги, специалистов и т.д.).
4. Ссылка на собственные нормы пациента.
5. Правила повседневной логики.

Пример 1

Рассмотрим пример женщины, которая недавно перенесла колостомию и боится посещать общественные мероприятия, встречи и приемы.

Шаг 1. Выявить автоматические мысли:

- “Я не могу рискнуть, от меня может неприятно пахнуть”.
- “Я не пойду, мне очень неловко”.
- “Они никогда больше не захотят видиться со мной снова, ведь мне будет так стыдно”.

Шаг 2. Выявить “горячую” мысль, вызывающую наибольший дистресс:

- “Я не могу рискнуть, от меня может неприятно пахнуть”.

Шаг 3. Найти доказательства за и против такого убеждения.

1. Использование прошлого опыта.

Посещала ли пациентка какие-нибудь общественные мероприятия после операции? Случилось ли что-нибудь такое, что заставило ее

предположить, будто другие люди что-то заметили? Если ответы на эти вопросы положительные, то на чем пациентка основывает свое суждение, будто кто-то заметил, что от нее неприятно пахнет? (Это ставит под сомнение искажение безосновательных выводов.)

Есть ли какие-нибудь альтернативные объяснения интерпретаций пациентки, будто другие люди заметили, что от нее неприятно пахнет? (Это ставит под сомнение безосновательный вывод.)

Сколько людей, с которыми общалась пациентка, не заметили, что от нее неприятно пахнет, а сколько людей это все же заметили? (Это ставит под сомнение избирательную абстракцию.)

2. Использование знания других людей.

Спрашивала ли пациентка близко стоявших к ней людей, чувствуют ли они неприятный запах? Что подсказывает ее знание других людей: насколько вероятно, что они солгут, если ответят отрицательно?

Что подсказывает ее знание других людей: насколько вероятно, что они будут сторониться ее, если от нее действительно неприятно пахнет?

3. Использование источника информации.

Удалось ли пациентке узнать у медсестры, научившей ее ухаживать за стомой, является ли это проблемой, с которой ей, вероятнее всего, придется столкнуться?

4. Использование собственных норм пациентки.

Если бы пациентка была в подобной ситуации, отказалась ли бы она встречаться с кем-нибудь из-за послеоперационных проблем?

5. Использование логики.

Если пациентка основывает свои предположения на том, что неприятный запах может исходить от нее самой, то насколько вероятно, что другие люди могут почувствовать от нее неприятный запах?

Все перечисленные выше подходы могут быть использованы для тестирования предположения данной пациентки, что ее посещение общественного мероприятия будет иметь ужасные последствия. Поработав над этим вместе с ней, психотерапевт мог бы задать ей домашнее задание, выполняя которое пациентка проверила бы свое убеждение, посетив общественное мероприятие, чтобы выяснить, действительно ли другие люди что-нибудь

заметят. Если бы убеждение пациентки подтвердилось, психотерапевт мог бы помочь ей воспользоваться методом разрешения проблем, чтобы найти стратегии уменьшения неприятного запаха (например, спросить совета у медсестры, помогающей ухаживать за стомой).

Пример 2

Этот пример взят из терапевтической сессии с 43-летней женщиной с диагнозом рака молочной железы. По госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS) [Zigmond and Snaitth, 1983] она оценила свою тревогу 19 баллами, а депрессию — 12 баллами, тогда как по шкале психологической адаптации к раку (MACS) [Watson et al, 1988] она оценила свою тревожную озабоченность 34 баллами из 36 возможных. Такая картина преобладания тревоги подкреплялась клиническим состоянием пациентки. Рак представлял значительную угрозу ее личностной сфере. Она была твердо убеждена, что может быть счастлива только в том случае, если она сексуально привлекательна, и поэтому она рассматривала свое онкологическое заболевание как угрозу ее привлекательности. Лечащие врачи посоветовали ей непременно пройти курс антиэстрогенной терапии. Такое предложение вселило в нее немалый страх от одной только мысли об искусственной менопаузе и утрате способности быть желанной. В данном случае психотерапевт прибегнул к опросу, чтобы проверить обоснованность страха этой пациентки, как показано ниже.

Пациентка: Когда я думаю о менопаузе, то не знаю, какие ужасы ждут меня впереди. Для меня это неизведанная область.

Психотерапевт: Знаете ли вы каких-нибудь людей, перенесших менопаузу и по-прежнему привлекательных?

Пациентка: Да, у меня есть одна очень хорошая подруга..., но у нее была искусственная менопауза ... ей 55 лет.

Психотерапевт: Так, это такая же менопауза, которую могли бы перенести и вы?

Пациентка: Да.

Психотерапевт: Итак, у вас есть доказательство, что женщины в состоянии перенести менопаузу и остаться по-прежнему привлекательными. Ведет ли ваша подруга по-прежнему активную сексуальную жизнь?

Пациентка: О, да. И даже очень.

Психотерапевт: А говорит ли она, что менопауза оказала на нее неблагоприятное влияние?

Пациентка: Нет. То есть, я не особенно ее об этом расспрашивала, но я уверена, что нет.

Психотерапевт: Любопытно. Вы говорите, что менопауза вызывает ужас перед неизвестностью, но, как показывает опыт вашей подруги, это было довольно безопасно.

Пациентка: Да.

Такое вмешательство возымело особое действие, поставив под сомнение убеждение пациентки, что после менопаузы у нее не будет никакой сексуальной жизни. Оно имело действие и более общего характера, дав ей понять, что устойчивые убеждения, основывающиеся на чистых эмоциях, могут быть ложными. Таким образом, была подготовлена почва для того, чтобы пациентка основывала свои убеждения на фактах, а не на эмоциональных рассуждениях.

Поиск альтернатив

Этот метод подразумевает исследование альтернативных способов рассмотрения ситуации. А раз так, то он может быть использован отчасти не только для тестирования реальности, но и в том случае, когда мысли, вероятнее всего, реалистичны. Если негативные мысли человека точны, они могут все еще оставаться бесполезными, поэтому могут быть другие способы рассмотрения ситуации. Люди с негативными стилями адаптации к онкологическому заболеванию замыкаются в умонастроении, ограничивающем их способность видеть за пределами узкого выбора возможностей. Пациент, потерявший всякую надежду, сосредоточивается на негативных сторонах своего будущего. Прося его перечислить возможные альтернативные исходы, психотерапевт начинает работу по преодолению преобладающего у пациента негативного мышления. Поначалу пациенту удастся размышлять лишь о негативных вариантах, но по мере того, как психотерапевт станет побуждать его думать о других альтернативных опциях, пациент обнаружит, что такие варианты все больше становятся позитивными.

Эффективность такого метода может быть еще большей, если пациент запишет свои мысли в виде списка. Излагая свои мысли на бумаге, можно немного отстраниться от них, и многие люди находят, что их негативные

мысли выглядят не вполне реалистично, когда они записаны. И это совсем не обязательно ограничивается предвидением будущего. Полезно также предложить пациенту и его партнеру составить перечень альтернативных способов взглянуть на самих себя. Деморализованный пациент поначалу составит перечень своих слабостей, на что психотерапевт может сказать: “А теперь запишите рядом со своими слабостями то, что вы считаете своими сильными качествами”. Эта информация может затем стать частью плана терапии, который должен включать в себя способы, опирающиеся на сильные качества пациента и его партнера. Ниже приведен пример такого перечня слабых и сильных качеств пациента.

Слабые качества

1. Я слишком обеспокоен.
2. Я часто чувствую свою неспособность к совладанию.
3. Я слишком полагаюсь на других людей.

Сильные качества

1. Я забочусь о других людях.
2. Как только я принимаю решение, то придерживаюсь его.
3. Я добросовестный (добросовестная).
4. Я надежен (надежная).

Слабости могут также быть в фокусе внимания, чтобы, во-первых, выяснить искажает ли пациент факты или недооценивает себя, а, во-вторых, включить перечисленные им слабые качества в повестку дня как проблемы, требующие своего разрешения, если они указаны точно.

Данный метод можно также применять для обнаружения новых способов взглянуть на онкологическое заболевание. Пациент и его партнер могут в результате брейншторма найти способы, благодаря которым они могли бы изменить свою жизнь к лучшему в результате онкологического заболевания (например, проводить больше времени вместе, учиться смотреть на вещи проще, планировать то, что им всегда хотелось делать, больше заботиться о своем здоровье). Если они не смогут ничего придумать, психотерапевт может в качестве упражнения побудить их составить план улучшения их жизни. Имеются доказательства, что те пациенты, которые способны увидеть положительные изменения в своей жизни в результате

онкологического заболевания, демонстрируют лучшую психологическую адаптацию к нему [Taylor et al, 1984; Tennen and Affleck, 1999], а когнитивно-поведенческие методы могут повысить способность онкологических пациентов “искать выгоды” в своем положении [Antoni et al, 2001].

Ниже приведены некоторые примеры изменений к лучшему, о которых сообщали пациенты.

1. “Мы стали ближе друг к другу как семья”.
2. “Мы ценим время, проводимое вместе”.
3. “Я нахожу простые вещи более приятными”.
4. “Мы не спорим по пустякам”.
5. “Теперь жизнь имеет больший смысл”.

Еще один способ поиска альтернатив состоит в том, чтобы спросить пациента, что он мог бы сказать о своем друге, если бы он оказался в аналогичном положении. Люди, очень строго относящиеся к своей внешности или функционированию, обычно гораздо менее критичны в отношении других людей. Выявление такого двойного стандарта позволяет создать некий рычаг влияния, помогающий пациенту посмотреть на себя более сострадательно. При необходимости психотерапевт может разыграть в ролях взаимоотношения пациента с его спутником, чтобы укрепить эту альтернативную перспективу.

Реатрибуция

Реатрибуция служит особым примером альтернативного метода. Все мы пытаемся найти причинные объяснения тому, что с нами случается. Онкологические пациенты зачастую пытаются найти в ком-то вину за свою болезнь: в себе самих или в других людях. Для того чтобы подвергнуть сомнению необоснованное обвинение, можно воспользоваться *круговой диаграммой ответственности*. Например, женщине, винящей себя за плохое поведение ее сына-подростка, можно было бы помочь выявить разных людей и ситуации, которые каким-то образом могли быть вовлечены в причину возникновения и решение данной проблемы, включая перечисленных ниже.

1. Саму женщину.
2. Самого ее сына.

3. Его отца.
4. Учителей в школе.
5. Других детей в школе.
6. Влияния стресса от онкологического заболевания на семью.

На рис. 9.1 показано, каким образом первоначальная реакция, состоявшая в том, что эта женщина винила во всем только себя, была смягчена путем указания других факторов на круговой диаграмме ответственности. Таким образом, человеку неизбежно приходится принять, что он не может нести полную ответственность за поведение кого-то другого.



Рис. 9.1. Круговая диаграмма ответственности для женщины, винящей себя за плохое поведение ее сына

Телесные симптомы могут стать еще одним фокусом неправильной атрибуции. Пациенты, испытывающие приступы паники, обычно уделяют основное внимание таким физическим симптомам тревоги, как учащенное сердцебиение, интерпретируя их как сердечный приступ. Обучение реатрибуции заключается в том, чтобы они научились рассматривать другие возможные объяснения своих переживаний. Пациенты с тревожно озабоченным стилем адаптации к раку уделяют также основное внимание малейшим физическим симптомам как признакам возвращения их заболевания. Изменение интерпретации боли является важной частью оказания помощи в совладании с их тревогой.

Декатастрофизация

Тревожный пациент предвидит наиболее угрожающий исход любой ситуации, и такое предвидение вызывает в его уме яркие образы. Он редко выходит за пределы этих образов, чтобы более подробно обдумать реальные последствия. Но если психотерапевт будет постоянно задавать пациенту такой вопрос: “И что произойдет дальше?”, он сможет в итоге дойти до самых пугающих пациента последствий. Иногда пациенту удается увидеть, что то, чего он так боялся, на самом деле обстоит не так уж и плохо. Этот процесс можно повторять, используя мысленное представление, и зачастую образы становятся в уме пациента все более реалистичными и менее пугающими.

Ту же самую процедуру можно применить и к страхам онкологических пациентов, в большей степени основанным на реальности. Если тревожный пациент боится рецидива своего онкологического заболевания, то психотерапевт может отрепетировать вместе с ним самый устрашающий для него вариант такого рецидива, используя мысленное представление. Иногда пациент может использовать релаксация во время этого. Такая процедура не пытается сделать переживание пациента приятным, но может помочь показать ему, что он может справиться с этим переживанием.

Так, лечащий врач сказал женщине, подвергнувшейся мастэктомии для излечения от рака молочной железы, что маммограмма, выполненная во время последующего за лечением медицинского обследования, показала некоторые подозрительные симптомы в другой груди, и поэтому обследование следует провести снова через три месяца. И хотя эта пациентка не теряла бодрость духа, она, очевидно, была весьма обеспокоена тем, что сказал ей врач. Исследование ее страхов позволило ей открыто выразить свои чувства гнева и отчаяния. Когда она плакала, ей удалось выявить мысли, лежавшие в основе ее страхов. Эти мысли не были связаны непосредственно со смертью, но имели отношение к последствиям лечения. Она, в частности, думала так: “Я не сумею с этим совладать”, “Мне этого не перенести” и “Мой партнер вряд ли возжелает меня, если я подвергнусь еще одной мастэктомии”.

Как только она описала свои мысли, ей удалось очень быстро подвергнуть их сомнению. Она вспомнила, что и прежде вполне справлялась с ними, и почувствовала, что теперь ей будет легче, поскольку она знала, как это делать. Ей удалось также увидеть, что если это действительно рецидив

онкологического заболевания, то он был обнаружен на ранней стадии и, возможно, не потребует мастэктомии. Партнер с большим пониманием отнесся к ее заболеванию в прошлом, что не вызвало никаких осложнений в их интимных отношениях. И маловероятно, что он неожиданно отвергнет ее теперь.

Декатастрофизация не создала у этой пациентки ложного убеждения, что беспокоиться особенно не о чем. Мысль о возобновлении онкологического заболевания была пугающей и нежелательной, но в то же время она сопровождалась стрессом, с которым пациентка и ее партнер могли бы справиться. К счастью, на следующем приеме у лечащего врача его подозрения не подтвердились, и она получила медицинское заключение о полном выздоровлении.

Взвешивание достоинств и недостатков

Одна пациентка была уверена, что если ей придется пройти курс химиотерапии, она не сможет ходить на работу, оставаясь весь день дома. Чтобы установить, какие достоинства и недостатки такой порядок действий мог бы иметь, психотерапевт использовал опросник. В итоге ему удалось выяснить перечисленные ниже достоинства и недостатки.

Достоинства	Недостатки
У меня будет время подготовиться к брестольской диете, хотя я пропустила недавно три недели, не придерживаясь ее	Я лишила себя многого Мне не нравится быть одной Мне не удастся наладить повседневную жизнь

Выгоды и затраты от установленного порядка действий можно записать и затем попросить пациентку решить, перевешивает ли одно из них другое. На следующей стадии пациентка может оценить важность каждого пункта из порядка действий. Такой метод может оказаться полезным для совладания с мыслями о том — стоит ли проходить курс лечения.

Другие когнитивные методы

В этом разделе описываются другие когнитивные методы и порядок их применения.

Отвлечение внимания

Пациенты, совладающие со своим заболеванием, нередко обращают выборочно внимание на те стороны окружающего их мира, которые они все же способны контролировать, но не задерживаются на тех областях, на которые они уже не могут оказывать никакого влияния. А пациенты с негативной адаптацией к своему заболеванию страдают от автоматических мыслей, выборочно обращая внимание на негативные аспекты своего окружения, и поэтому все, что изменяет фокус их внимания, может быть использовано в качестве первоначальной стратегии совладания. Но всегда существует опасность, что такие методы могут стать поведением, нацеленным на поиск безопасности, дающим ложное успокоение и даже препятствующим пациенту тестировать свои негативные мысли.

Пациент с тревожной озабоченностью может постоянно контролировать свои телесные симптомы (например, пациентка, подвергшаяся лампэктомии, может ежедневно проверять свои молочные железы). Порочный круг возникает тогда, когда непатологические физические ощущения истолковываются неверно, вызывая еще большую тревогу и навязчивое самообследование. Это похоже на избирательное внимание к телесным ощущениям, наблюдаемое у людей, имеющих тревогу о своем здоровье [Salkovskis and Warwick, 1986]. В подобных случаях отвлечение внимания может оказаться в состоянии разорвать нарастание тревоги по спирали, сместив чрезмерный фокус внимания на соматических ощущениях.

Ниже перечислены некоторые процедуры отвлечения основного внимания.

1. Фокус основного внимания на непосредственном окружении и его подробное описание, если возможно, то вслух.
2. Привлечение кого-нибудь к беседе, которая может помочь облегчить панические настроения, связанные с процедурами лечения.
3. Выполнение умственного упражнения (например, арифметических операций в уме или чтения стихов на память).

Как показывает наш опыт, такие методы оказываются наиболее эффективными в том случае, если они осмыслены как шаги в направлении значимой цели, а не для избегания негативного опыта. Так, одна пациентка, прошедшая несколько курсов внутривенной химиотерапии, страстно желала продолжить изучение португальского языка, и поэтому она решила взять с собой MP3 плеер и слушать уроки португальского языка во время лечения. Подобным образом она не только отвлекала свой ум от стрессового переживания, но и занялась приятной и конструктивной деятельностью, стремясь к важной для нее цели.

Таким образом, многие поведенческие методы могут быть использованы с целью помочь пациентам отвлекаться от негативных автоматических мыслей. Но поскольку существует риск, что отвлечение внимания может превратиться в избегание, то психотерапевт должен пользоваться этим методом осторожно и, как правило, из желания помочь пациенту устранить его страхи непосредственно, чтобы доказать, что они не такие катастрофические, как он считает.

Самообучение

Автор публикации [Meichenbaum, 1977, 1985] разработал методику самообучения для того, чтобы способствовать выполнению заданий и предоставить средства для совладания со стрессом. По этой методике пациентов можно обучить заранее подготовить те слова, которые они могут сказать себе во время стресса. Такие слова пациент может придумать сам, а не под влиянием психотерапевта. Например, женщина с диагнозом метастатического рака легких, вызывающего одышку, может отслеживать свои негативные мысли, подобные следующей.

- Ощущение одышки: “Мне никогда не станет лучше”.

Затем эта пациентка в сотрудничестве с психотерапевтом формулы самоубеждения, содействующие выработке конструктивного копингового стиля. И всякий раз, когда пациентка чувствует одышку, она может воспользоваться этими формулами в качестве ориентира для более полезной беседы с собой, как показано в следующем разделе.

Копинговые формулы самоубеждения

Ниже приведены некоторые примеры предложений, содержащих слова самоубеждения.

- “Я знаю, что химиотерапия уменьшает мою опухоль”.
- “Это не разрушит мою жизнь”.

Такая форма копинговой стратегии может быть расширена, чтобы включать в себя целый копинговый план. Так, одна пациентка, которую постоянно беспокоили страхи по поводу рецидива ее заболевания, составила перечисленный ниже план действий.

1. Сделать глубокий вдох.
2. Рассмотреть снова (т.е. противодействие боли, пятна на коже и т.д.).
3. Следует ли мне беспокоиться?
4. Вознаградить себя за копинг.

Она написала этот план действий на небольшой карточке и хранила ее в своем кошельке, чтобы просматривать написанные на ней слова всякий раз, когда она испытывала стресс. Такие формулы самоубеждения могут принести пользу, когда нет возможности или желания заполнять дневник дисфункциональных мыслей. Если пациент записал несколько мыслей, которые продолжают повторяться, он может просто записать альтернативные, более уравновешенные мысли на флеш-карточке для простого использования. Но карточками могут пользоваться не все пациенты, и в этом случае вполне допустимо, чтобы психотерапевт и пациент тестировали мысли последнего вместе во время сессии и совместно составили комплект ответов на негативные мысли, который пациент может использовать вне терапевтических сессий.

Когнитивная репетиция

Разрешение проблем является важной частью терапии, и как только решение будет найдено, то, возможно, стоит отрепетировать новые стратегии совладания с проблемой во время терапевтической сессии. Иногда такая репетиция может включать в себя разыгрывание ролей, а порой может быть достаточно и чисто когнитивной репетиции. Пациент может отрепетировать мысленное представление возникшей проблемы и предложенной ему

стратегии совладания с ней. Такой метод нередко приводит к появлению других автоматических мыслей о том, что подобная стратегия может не работать, но с этим можно работать. К примерам применения данного метода можно отнести подготовку к посещению врача, совладание с проблемами, возникающими по ходу лечения и т.д. Пример случая, описанного в первом разделе следующей главы, посвященном когнитивным интервенциям для пациентов с тревожной озабоченностью, наглядно показывает применение данного метода для подготовки родителей к тому, чтобы они рассказали своей дочери об онкологическом диагнозе у ее матери.

Использование воображения

Когнитивная репетиция является лишь одним из многих примеров использования воображения в когнитивной терапии. Тремя возможными разновидностями его применения для онкологических пациентов являются экспозиция в воображении, модификация образов, визуализация.

Экспозиция в воображении

Пациенты, с фобией или антиципаторной (психогенной) рвотой, могут мысленно представить неприятный раздражитель, когда они расслаблены. И хотя такой метод менее эффективен, чем экспозиция в *естественных условиях* (in vivo), потребность в нем может возникнуть в том случае, когда воздействие в реальной жизни оказывается невозможной. В классической процедуре систематической десенсибилизации пациент расслабляется и мысленно представляет все более устрашающие сцены (по заранее составленной иерархии устрашающих ситуаций). Всякий раз, когда пациент начинает испытывать тревогу, он обращается к релаксации до тех пор, пока не возьмет ее под контроль.

Модификация воображения

У людей, испытывающих стресс, могут быть идентифицированы многие образы. В частности, пациенты с симптомами депрессии с большей вероятностью переживают навязчивые образы прошлых событий (зачастую это воспоминания о болезнях, травмах и смертях) [Brewin et al, 1998]. Такие образы являются когнициями, а раз так, то совладать с ними можно, применяя те же самые когнитивные методы, что и описанные ранее методы работы с автоматическими мыслями. Выявление искажения в образе может оказать помощь в формировании идей о том, как можно изменить

сам образ. Как только будет обнаружено искажение, пациенту необходимо подумать о том, как модифицировать искаженный образ, чтобы показать, что стоящее за ним смысловое значение неверно.

Например, женщина с успешно вылеченной саркомой, сообщила о своей тревоге, связанной с образами ее самой и ее ребенка. Она серьезно болела, когда ей было 11 лет, а рак оживил в ней воспоминания о ней самой как о беспомощном человеке с инвалидностью. Чтобы напомнить себе, что это были образы из прошлого, а не факты о настоящем или будущем, она заменила образ своего пребывания в одиночестве в больнице другим образом, когда ее одевают и забирают из больницы. Образы, которые кажутся яркими и реальными, можно модифицировать, выведя их на экран воображаемого телевизора и зрительно представив себя смотрящим их вместе с другом или членом семьи. Это помогает отстраниться от образов, взглянуть на них в перспективе и утвердиться в мысли, что они являются всего лишь мысленными конструкциями, а не ощущениями. Неприятные образы можно понемногу изменять до тех пор, пока не будет преобразована вся мысленно представляемая сцена. Люди сильно отличаются в той степени, до которой они могут применять такие процедуры, но если образы составляют значительную часть их когнитивного содержания, то с некоторыми из подобных методов стоит поэкспериментировать.

Визуализация

Некоторые пациенты желают найти способы, которыми они самостоятельно могут бороться с раком, и поэтому они могут обратиться к методам, которые имеют отсылку к визуализации. Таким методом можно воспользоваться как частью АПТ, если оно подходит пациенту. Более подробно данный метод описан в [Simonton et al, 1978] и [Borysenko et al, 1986].

Сначала пациент входит в расслабленное состояние, а затем вызывает образ разрушения раковой опухоли благодаря лечению и защитным реакциям организма. В таком образе рак состоит из слабых и беспомощных клеток, которые разрушаются и выводятся из организма белыми кровяными тельцами. Лечение зрительно представляется как благоприятный и полезный процесс, убивающий раковые клетки. Образы могут быть выбраны пациентом какими угодно (например, белые кровяные тельца могут быть зрительно представлены в виде рыб, поглощающих раковые клетки, или рыцарей на белых конях). В конце сеанса терапии пациент поздравляет себя с участием в собственном выздоровлении. Такое упражнение сле-

дует выполнять в течение 10–15 минут каждый день. Авторы публикации [Simonton et al, 1978] рекомендуют выполнять это упражнение три раза в день, хотя это может быть неисполнимо для большинства людей.

Ниже подытожены основные аспекты визуализации (адаптировано из [Simonton et al, 1978]).

1. Раковые клетки слабы и беспорядочны.
2. Лечение сильное и мощное.
3. Ущерб, который лечение способно нанести здоровым клеткам, может быть без труда возмещен.
4. Армия белых кровяных телец огромна и поражает раковые клетки.
5. Белые кровяные тельца агрессивны, жаждут битвы, быстро находят раковые клетки и разрушают их.
6. Мертвые раковые клетки выводятся из организма обычным и естественным образом.
7. К концу процесса визуализации пациент воображает себя здоровым и избавившимся от рака.
8. Пациент видит себя достигающим своих целей в жизни.

Такой метод воспримут не все пациенты. Многие из них разочаруются в нем, пытаясь мысленно представить уменьшающуюся опухоль, зная, что на самом деле ее размеры не изменяются. Но для инсталляции ощущения контроля у некоторых пациентов такой метод может оказаться весьма эффективным. Визуальными образами онкологического заболевания и его лечения нередко можно пользоваться и по-другому, совсем не обязательно внедряя весь метод, описанный в [Simonton et al, 1978]. Психотерапевт может получить ценные сведения, расспрашивая пациента о мысленном представлении его заболевания.

Например, одна пациентка, боявшаяся химиотерапии, сообщила, что ей привиделась неоновая вывеска с надписью “ЯД”. Использование визуализации помогло ей взглянуть на лечение совсем иначе, глазами сильного помощника, и это помогло ей до такой степени, что она пожелала продолжить курс химиотерапии даже тогда, когда медики не считали его больше эффективным. А другая пациентка описала образ химиотерапии в виде чудовища. Столь яркой метафорой можно было воспользоваться в терапии, а для противодействия опасениям пациентки потребовался целый ряд

когнитивных методов. Но такие методы следует применять только для тех пациентов, которые, по существу, желают пройти курс медикаментозного лечения, но боятся его. А попытки убедить пациентов пройти курс химиотерапии против их воли не относятся к функциям АПТ.

Резюме

Когнитивные обоснования объясняются во время первой сессии, а когнитивные методы представляются на второй или третьей сессии. Простые когнитивные техники могут быть использованы в качестве копинговых стратегий, но мысли обычно требуют реструктуризации. Отслеживание и противодействие негативным автоматическим мыслям являются ключевой процедурой, а пациенту рекомендуют выполнять ее в качестве домашнего задания. В табл. 9.3 перечислены некоторые из наиболее распространенных когнитивных и поведенческих техник, используемых в рассматриваемой здесь терапии.

Таблица 9.3. Наиболее распространенные когнитивные и поведенческие техники

Техника	Реализация
Поведенческие методы	Релаксация Техника градуированных заданий Планирование будущего Поведенческие эксперименты
Когнитивные копинговые стратегии	Формулы самоубеждения Отвлечение внимания Когнитивная репетиция
Когнитивная реструктуризация	Отслеживание мыслей Выявление когнитивных искажений
<i>Поверхностная</i>	Тестирование реальности Поиск альтернатив Декатастрофизация Взвешивание достоинств и недостатков
<i>Глубокая</i>	Выявление глубинных страхов, допущений, правил и убеждений

Когнитивные техники для работы с тревогой и депрессией

В предыдущей главе были представлены базовые когнитивные техники и наглядно показано их применение. А в этой главе мы рассмотрим их применение для работы с тревогой и депрессией. В частности, здесь будут рассмотрены перечисленные ниже вопросы.

- Когнитивные интервенции для пациентов с тревожной озабоченностью.
- Совладание со страхом рецидива.
- Когнитивные интервенции для пациентов, испытывающих беспомощность и безнадежность.
- Пример использования КПТ на практике.

Когнитивные интервенции для пациентов, испытывающих беспомощность и безнадежность

Страх рецидива весьма характерен для диагноза и лечения рака. Например, страх рецидива у более 50% женщин, прошедших курс радикального лечения рака молочной железы, находится на уровне от умеренного до высокого [van den Beuken-van Everdingen et al, 2008], тогда как у трети пациентов с диагнозом рака головы и шеи — на высоком уровне [Llewellyn et al, 2008]. При тревожной озабоченности основное внимание пациентов сосредоточено на опасности, которую представляет риск возобновления или прогрессии онкологического заболевания. В этом случае пациент проявляет чрезмерную бдительность в отношении любой потенциальной угрозы, исходящей от онкологического заболевания, причем до такой степени, что обычные физические симптомы могут быть неверно истолкованы как признаки такого заболевания. Пациент чувствует, что не в состоянии контролировать сложившуюся ситуацию, он недооцени-

вает имеющиеся стратегии совладания и факторы риска, которые есть у него. И, наконец, объективный прогноз является неопределенным. Пациент с тревожной озабоченностью отчаянно пытается найти способы контролировать свое заболевание и сделать свое будущее более предсказуемым, занимаясь, например, поиском, получая дополнительную информацию о своей болезни, устраняя все причины стресса или опробуя альтернативные виды лечения. Приведенный ниже пример конкретного случая наглядно показывает, каким образом когнитивные методы были использованы для пациента с тревожной озабоченностью. Читатель может оценить, каким образом была проведена работа с когнитивными компонентами схемы выживания во время терапии. В качестве упражнения читатель может также сделать заметки о том, какие когнитивные техники были использованы.

Миссис У., которой было 39 лет, обратилась к лечащему ее онкологу, который написал следующее заключение о состоянии ее здоровья:

“Ее основная проблема заключается в том, что ей крайне трудно смириться с тем, что у нее рак, и она может от него умереть. В настоящее время она считает, что не может примириться ни с одним из этих двух положений. И хотя я подчеркнул, что мы еще не дошли до такой ситуации, когда никакое лечение не помогает, бояться такого заболевания и его смертельного исхода вполне естественно и реалистично. Поэтому я и не пытался скрыть от нее этот факт. Она сама запросила формальное психологическое обследование и консультирование.”

Миссис У. заметила опухоль на своей шее, которая, как оказалось, образовалась вследствие метастатической анапластической карциномы, вероятно, возникшей из легких. Эта пациентка и ее муж были полностью проинформированы о диагнозе лечившим ее онкологом. И хотя лечение с помощью адриамицина, циклофосфида и этопозида привело к регрессии опухоли, оно все же сопровождалось неприятными побочными эффектами, а именно: усталостью, тошнотой, рвотой и выпадением волос. По окончании курса химиотерапии эта пациентка обратилась за психологической консультацией. Семейный врач прописал ей триазолам от донимавшей ее тревоги, но это не дало никакого заметного результата.

Миссис У. была единственным ребенком у родителей среднего возраста. Она описала свое детство как очень счастливое. В ее семье и у нее лично не было никаких психических заболеваний, но она всегда была довольно тревожной и склонной к некоторому педантизму. Она никогда раньше не

болела никакой серьезной болезнью. Она довольно сносно училась в школе и стала медицинским техником-лаборантом, проработав 10 лет в одной больнице. В возрасте 26 лет она оставила свою работу, чтобы выйти замуж. Ее муж был биржевым маклером, и у них была 12-летняя дочь, которая стала “непослушной и трудной” с тех пор, как ее мать заболела. Оба супруга описали свой брак как “прочный и счастливый”. У них было много друзей, и до своей болезни миссис У. вела активную социальную жизнь. Последние три года она работала в благотворительной организации.

Во время интервью выяснилось, что пациентка имеет симптомы умеренной депрессии и сильной тревоги. У нее не было ни суточных колебаний настроения, ни каких-либо суицидальных мыслей. Она жаловалась на то, что все ее обычные занятия и интересы затмил постоянный страх смерти и неопределенность в отношении будущего. Она не чувствовала никакого контроля над своей жизнью и не была в состоянии строить планы наперед. Ее муж подтвердил все, что она рассказала, добавив, что она часто обследует свое тело на предмет признаков рака и постоянно просит утешения. Она была вполне настроена на психологическую терапию, а ее муж согласился принять в этом участие.

Пациентка и ее муж приходили вместе на две сессии, а на три последующих она приходила одна. Ниже перечислены основные проблемы, выявленные психотерапевтом.

1. Всеохватывающая тревога.
2. Недостаток контроля у пациентки над ее жизнью и ее неспособность планировать наперед.
3. Озабоченность рецидивом и умиранием.
4. Трудность совладания с ее строптивой дочерью.

В итоге было решено начать с обучения релаксации, чтобы попытаться снизить уровень тревоги пациентки. И хотя это оказалось безуспешным, миссис У. быстро научилась выявлять негативные автоматические мысли и противодействовать им. Как только она начала противодействовать своим негативным мыслям альтернативными реакциями на них, ее муж заметил, что она становится менее тревожной. И тогда психотерапевт предположил, что тревога этой пациентки была связана с ее негативными автоматическими мыслями, а следовательно, она могла бы сама взять их под контроль. Когда миссис У. обнаружила, что она могла бы действительно снизить уро-

вень своей тревоги, противодействуя негативным мыслям, она начала также ощущать больший контроль, что, в свою очередь, ослабило ее тревогу в еще большей степени. Затем психотерапевт побудил ее планировать свою ежедневную активность, которая могла бы доставить ей удовольствие и ощущение совладания со своей жизнью. В итоге она начала приглашать друзей на чашку кофе, стала снова работать и попыталась отказаться от приема триазолама, что далось ей труднее, как показано в табл. 10.1.

Таблица 10.1. Запись негативных автоматических мыслей, сделанная миссис У

Ситуация	Эмоция	Автоматические мысли	Альтернативная реакция
Уборка	Тревога (50%)	У меня не было менструации уже две недели. Что, если у меня рак яичников? (50%)	Это, вероятно, следствия терапии. Сканирование тела не выявило никаких проблем в яичниках (100%)
Сидение на диване — боль в плече	Тревога (60%)	У меня болит плечо — опухоль не исчезла (60%)	Опухоль не исчезла полностью — пока еще. Но боль не такая сильная, и поэтому я не принимала болеутоляющие средства уже два дня (100%)
Моя дочь проснулась с болью в спине	Страх (100%)	Что, если у нее опухоль головного мозга? (70%)	Скорее всего, она подхватила какой-то вирус или же это проявление психосоматики (90%)
Попытка расслабиться, лежа в постели	Сильная печаль и тревога (70%)	Я верю лишь в то, что достигну состояния ремиссии, поскольку не смогу столкнуться с иным, т.е. с моей смертью (60%)	У меня имеются все основания для оптимизма: Я чувствую, что опухоль лучше реагирует на лечение Я начинаю принимать свою смертность

В течение второй сессии терапии психотерапевт обсуждал вместе с миссис У. и ее мужем вопрос, касающийся поведения их непослушной дочери. При этом выяснилось, что перемена в поведении их дочери совпала с началом прохождения курса химиотерапии. Родители не уведомили свою дочь о диагнозе, поставленном ее матерью, чтобы “оградить” ее.

Психотерапевт предложил родителям подумать над тем, что плохое поведение их дочери, возможно, было ее реакцией на то, что они скрыли от нее болезнь ее матери. При этом были рассмотрены достоинства и недостатки, которые несет в себе сообщение их дочери настоящего диагноза, поставленного ее матерью. В конечном счете, миссис У. и ее муж решили рассказать своей дочери всю правду, и в оставшееся на сессии терапии время они отрепетировали именно то, что собирались сказать своей дочери. Такой порядок действий принес желаемые плоды. Поначалу их дочь восприняла новости спокойно, а затем рассердилась из-за того, они обманывали и заставили ее почувствовать себя чужой. Но, в конечном счете, ее отыгрывающее поведение прекратилось, как только она стала проявлять большую нежность к своей матери.

В течение трех оставшихся сессий терапии миссис У. закрепила достигнутый успех. Она и ее дочь стали близки в намного большей степени, а ее самооценка возросла, как только она обнаружила, что ее дочь нуждается в ней. Она частично вернулась к своей благотворительной работе и снова стала видиться с друзьями. Ее тревожная озабоченность по поводу рака отступила. И хотя страх смерти у нее остался, его можно было теперь обсуждать открыто и реалистично. Эта пациентка достойно пережила перспективу вероятного значительного сокращения срока ее жизни. Последние негативные мысли (см. табл. 10.1) показали, что она начинает принимать свою смертность. Исходя из предпосылки, что срок ее жизни сократится, а следовательно, очень важно прожить его с наибольшей пользой, миссис У. и психотерапевт наметили планы сделать остаток ее жизни как можно более плодотворным и приятным.

По окончании курса терапии миссис У. больше не тревожилась по поводу своего онкологического заболевания, снова обрела самоконтроль, а ее взаимоотношения с дочерью значительно улучшились. В течение 4-месячного периода последующего клинического наблюдения выяснилось, что миссис У. прошла курс радиотерапии, после чего ее онкологическое заболевание перешло в состояние ремиссии. Психологически она сохранила все, чего ей удалось достичь, как показано в табл. 10.2.

Таблица 10.2. Отчет о клиническом случае с миссис У.

Критерии оценивания	До АПТ	После АПТ	В 4-месячный период последующего клинического наблюдения
Шкала психологической адаптации к раку (MACS)	40	51	50
Боевой дух	14	7	8
Безнадежность	31	17	18
Тревожная озабоченность	18	19	20
Фатализм			
Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)	11	6	6
Депрессия	17	8	9
Тревога			

В рассмотренном выше примере применялись перечисленные ниже когнитивные техники.

1. *Отслеживание и переосмысление негативных мыслей.*
2. *Тестирование реальности* (реалистичных страхов в сравнении с нереалистичными страхами по поводу будущего).
3. *Поиск альтернатив (реатрибуция)* в дневнике мыслей, записанных пациенткой.
4. *Взвешивание достоинств и недостатков* в отношении того, что родители сообщат своей дочери об онкологическом заболевании ее матери.
5. *Когнитивная репетиция* того, что родители скажут своей дочери об онкологическом заболевании ее матери.

Кроме того, в рассмотренном выше примере применялись перечисленные ниже поведенческие техники.

1. Релаксация.
2. Планирование активности.
3. Планирование будущего.

При тревожной озабоченности чувствительность пациента к возможному рецидиву онкологического заболевания нередко вызывает повышенное внимание к телесным ощущениям, неоднократно повторяющаяся проверка телесных симптомов и их приписывание раку.

Так, мысль “Это должно быть в моих костях”, приписывающая появившиеся ощущения онкологическому заболеванию, вызывает повышение тревоги и напряжения. В итоге пациент сосредоточивает все свое внимание на физических симптомах, преувеличивая свои ощущения, а следовательно, вызывая еще большую тревогу (рис. 10.1). Тревожные пациенты часто используют поведение, ориентированное на поиск безопасности [Salkovskis, 1991]. Это попытки пациентов уклониться или смягчить последствия их страхов, что может дать им облегчение лишь на короткое время, но в долгосрочной перспективе они нередко оказываются дезадаптивными. На рис. 10.1 показано, каким образом, выборочное внимание к телесным ощущениям приводит к защитному поведению, которое проявляется в проверке признаков рецидива онкологического заболевания. Чем чаще пациент проверяет такие признаки, тем чаще он напоминает себе о своих страхах. Кроме того, физическое действие проверки (например, пальпация подмышки в поисках признаков поражения лимфатических узлов) само по себе вызывает дискомфорт и боль, а это еще больше повышает тревогу.

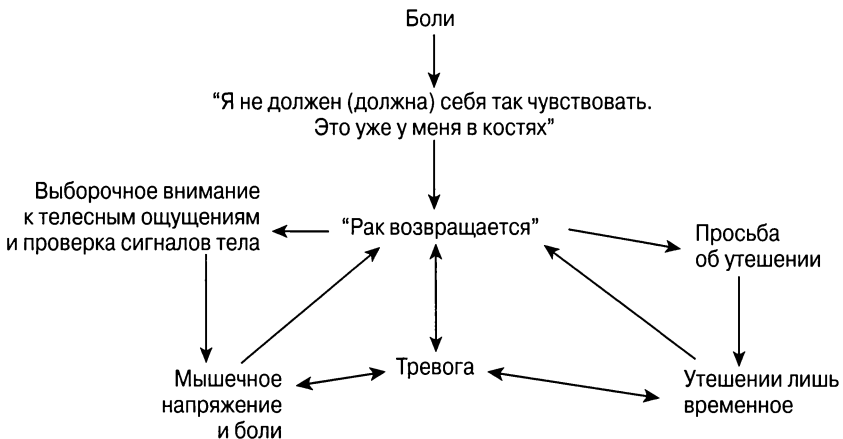


Рис. 10.1. Порочный круг, в котором оказывается тревожно озабоченный пациент

Еще одним распространенным безопасным поведением является поиск утешения. Когда пациентка получает утешение от своего партнера или врача, она временно чувствует себя лучше, но затем у нее появляются сомнения, и потребность в утешении возникает снова. В подобных случаях лучше всего помочь пациентке самой прийти к пониманию, каким образом такое поведение способствует сохранению тревоги. И с этой целью психотерапевт пользуется методом направляемых открытий и сократическим диалогом, чтобы наглядно показать действие порочного круга. Это особенно важно для тех людей, которые сталкиваются с негативными событиями, поскольку когнитивная модель может оказаться слишком рациональной, если она просто навязывается пациентам через психоэдукацию [Moorey, 2011].

Как только пациентка увидит, что ее мысли и поведение могут способствовать его тревоге, на следующем этапе психотерапевту следует организовать поведенческие эксперименты, чтобы протестировать защитное поведение. Пациентка могла бы решиться провести два дня, обращая более пристальное внимание на симптомы и проверяя их, а затем провести еще два дня без такой проверки, а далее выбрать тот метод, который порождает меньше дистресса и физических симптомов. Аналогичным образом, можно организовать эксперимент, в котором пациентка сначала просит некоторое время утешения у своего партнера, а затем противится такому побуждению, оценивая достигнутый в итоге результат. В подобных обстоятельствах может быть важно добиться того, чтобы партнер не поддавался частым настойчивым и убеждающим попыткам тревожной пациентки заверить ее, что все будет хорошо. Превосходным ресурсом по организации и проведению поведенческих экспериментов служит книга *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy (Поведенческие эксперименты в когнитивной терапии. Оксфордское руководство, пер. с англ., ООО “Диалектика”, 2021 г.)* [Bennett-Levy et al, 2004].

Когнитивные методы могут принести пользу и в отношении страха пациентки ощутить невозможность контролирования ситуации. С этой целью психотерапевт может помочь пациентке найти доказательства того, как она удерживала под контролем остальные области своей жизни. И в этом случае фокус внимания пациентки снова переходит с онкологического заболевания на ее жизнь. К этому можно также привлечь партнера, чтобы он напоминал пациентке об ее сильных качествах. Аналогичные техники можно использовать и для совладания с неопределенностью и страхом рецидива. Ниже приведены примеры использования подобных техник.

Тестирование реальности

Насколько вероятно возобновление онкологического заболевания?

Пропорционально ли время, затраченное на беспокойство, риску возобновления онкологического заболевания?

Поиск альтернатив

Имеются ли альтернативные варианты?

Почему бы не допустить возможность наилучшего прогноза при таком заболевании?

Декатастрофизация

Что самое *худшее* может случиться?

Страх рецидива онкологического заболевания является настолько распространенной проблемой среди онкологических пациентов, что психотерапевту может помочь определенная схема подхода к ее разрешению. Мы нашли рассматриваемый ниже обширный план действий полезным для работы с пациентами, испытывающими трудности в совладании с неопределенностью, касающейся прогноза их заболевания.

Общая стратегия для совладания со страхом рецидива

Такая стратегия состоит в следующем.

1. Воспользоваться наилучшим из прогнозов, сделанных для пациента его лечащим врачом.
2. Изменить подход в соответствии с прогнозом.
 - а) *Отсутствие признаков активного заболевания.*

Если считается, что пациент излечился от своего заболевания, побудить его искать альтернативы утверждению “У меня рак”. Например: “У меня был рак, но есть все доказательства того, что он был вылечен и его уже нет”.

- б) *Активное заболевание.*

Если благодаря лечению пациент может войти в ремиссию, помочь пациенту сосредоточиться и поработать в этом направлении. Если же успех маловероятен, использовать когнитивные, поведенческие стратегии и стратегии принятия (см. ниже и главу 14).

Беспокойство

Беспокойство является вполне объяснимой и в какой-то степени нормальной реакцией на наличие онкологического заболевания, особенно во время неопределенности (например, когда ожидаются результаты диагностических процедур или когда приближается дата обследования). Однако для значительного числа пациентов это может стать основной проблемой. За последнее десятилетие (на момент написания этой книги) умножилось число исследований беспокойства в условиях генерализованного тревожного расстройства, и благодаря этому был прояснен целый ряд особенностей беспокойства [Dugas and Robichaud, 2007]. Беспокойство зачастую воспринимается как имеющее положительные и отрицательные качества [Wells, 2000]. Так, у людей имеются позитивные убеждения о беспокойстве, и они связаны с потребностью быть готовым к трудностям, как следует из приведенных ниже примеров.

- “Если я не подготовлюсь, то не сумею справиться”.
- “Мне следует обдумать каждую возможность”.
- “Мне следует попробовать все, что только можно придумать, чтобы почувствовать себя лучше”.

С другой стороны, убеждения могут быть связаны с суеверным страхом, что иметь позитивный настрой — значит, искушать судьбу, как следует из приведенных ниже примеров.

- “Если не беспокоиться, рак может возобновиться”.
- “Я не смею даже думать о хорошем исходе, ведь если я получу плохие новости, это опустошит меня морально”.

Но у людей могут быть и негативные убеждения относительно воздействия беспокойства на их жизнь, как показывают приведенные ниже примеры.

- “Из-за беспокойства у меня может снова появиться рак”.
- “От стресса, вызванного беспокойством, я разболеюсь еще больше”.
- “Беспокойство бесконтрольно”.
- “Я сойду с ума от беспокойства”.

Убеждения относительно бесполезности беспокойства как средства разрешения затруднений связаны с образованием бесконечных циклов

беспокойства. В поисках эффективного разрешения возникшей проблемы человек сначала выявляет проблему, исследует возможные варианты ее разрешения, выбирает один из них, а затем опробует его, прежде чем оценить. Но когда мы беспокоимся, то попадаем в когнитивные циклы. Вполне, например, возможно, что диагностическая процедура покажет распространение нашего заболевания. И тогда мы можем поискать другие доступные нам варианты лечения, хотя и знаем, что до тех пор, пока мы не узнаем результаты и не обсудим эти варианты со своим врачом, мы вряд ли придем к какому-нибудь определенному решению. И в этот момент мы можем почувствовать себя очень неуютно из-за того, что не знаем, какой курс лечения будет самым лучшим. В таком случае мы можем снова обдумать все возможные варианты, занимаясь поиском дополнительной информации, узнавая, что по этому поводу думает партнер, и пытаюсь представить все возможные комбинации. И как только мы окажемся в цикле беспокойства, нам будет трудно выйти из него. В связи с каждым возможным решением снова возникает вопрос “Что, если?”, и весь процесс начинается снова.

К другим факторам, поддерживающим беспокойство, относится утрата чувства контроля и ощущение неспособности мириться с неопределенностью ситуации [Dugas and Robichaud, 2007]. Беспокойство можно рассматривать как реакцию совладания, которая служит для того, чтобы избежать дистресс, связанный с неопределенностью. Экспериментальные исследования интолерантности к неопределенности показывают прямую зависимость между неопределенностью и уровнем беспокойства [Ladouceur et al, 2000]. Интолерантность к неопределенности коррелирует также с трудностью переносить тягостные переживания [Lee et al, 2010].

Идея о том, что беспокойство является стратегией совладания, которой присуща функция избегания, была выдвинута автором публикации [Borkovec, 1994]. Вербальная форма беспокойства вызывает неприятие, хотя она может парадоксально сдерживать другие переживания, зачастую основанные на воображении. Так, для мужчины с диагнозом рака пищевода беспокойство о том, что может с ним случиться и как он собирается совладать с этим, может оказаться менее тягостным, чем переживание образов умирания от гематемезиса (кровоавой рвоты), возникающих в его подсознании.

Об этом сообщили авторы исследования результатов лечения беспокойства у пациентов, страдавших генерализованным тревожным расстрой-

ством [Wells, 2000; Dugas and Robichaud, 2007]. И это может направлять нас в работе над беспокойством с онкологическими пациентами. Так, автор публикации [Montel, 2010] описал клинический случай лечения генерализованного тревожного расстройства у женщины с диагнозом рака молочной железы.

Работа с убеждениями о беспокойстве

С помощью когнитивных техник можно выявлять и проверять убеждения о беспокойстве, а затем проводить поведенческие эксперименты. Например, убеждение, что для преодоления беспокойства ничего нельзя сделать, можно проверить, запланировав “время для беспокойства” по полчаса в день. Когда возникает беспокойство, пациенты откладывают его переживание до времени, которое они назначили сами. Многие люди находят, что к назначенному ими времени беспокойство перестает особенно доминировать над ними. Убеждения о необходимости всегда думать о наихудшем и не пытаться искушать судьбу можно первоначально проверить по отношению к беспокойству о повседневных вещах. Через несколько дней можно попросить пациента сделать, как обычно, негативные прогнозы относительно его жизни, а затем допустить, что сбудется самый благоприятный из них. Далее пациент может записать фактический исход, чтобы вскоре осознать, что не существует прямой зависимости между прогнозами и тем, что на самом деле происходит. В дальнейшем пациент может упражняться в формировании позитивных, а не привычных для него негативных исходов.

Переход от беспокойства к разрешению проблем

Обучение пациента основным методам разрешения проблем может оказаться весьма эффективным для совладания с беспокойством. Многие люди находят полезным применение “дерева беспокойства”, как показано на рис. 10.2. Проведение различий между проблемами, над которыми можно осуществлять контроль, для чего требуется умение их решать, и теми проблемами, которые нельзя контролировать, что вынуждает отпустить их, иногда дает возможность выйти из цикла беспокойства.

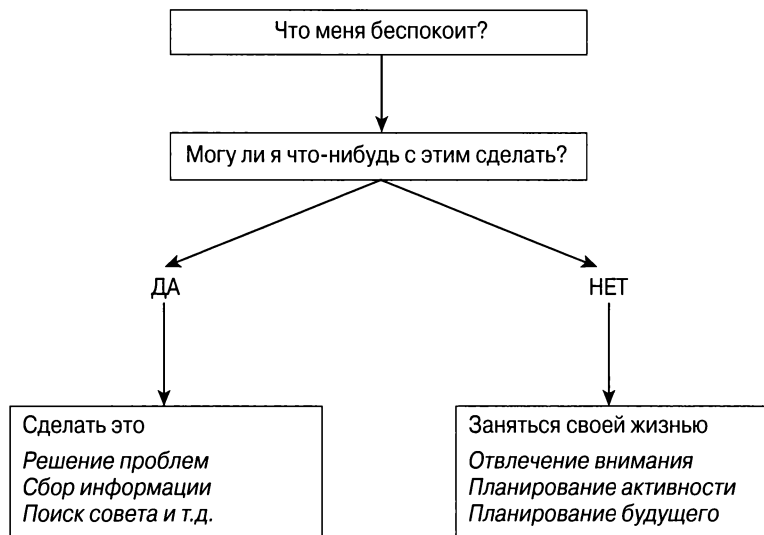


Рис. 10.2. “Дерево беспокойства”

Толерантность неопределенности

Все переживания по поводу наличия онкологического заболевания связаны с неопределенностью. Так, если шансы пациента прожить еще 5 лет равны 80%, он не может быть уверен, что не окажется в числе остальных 20% тех пациентов, которые вскоре умрут. И если болезнь неизлечима, то пациент знает, что он умрет, только не знает, когда именно. Поэтому и не удивительно, что у людей, которым и без того трудно мириться с неопределенностью дальнейшего их существования, вырабатывается тревожная озабоченность, когда у них рак.

Чтобы проверить убеждение, что незнание или невозможность контролировать свое существование непереносимо, можно организовать соответствующие эксперименты. Обычно такие эксперименты лучше всего проводить в ходе повседневной деятельности вне онкологической ситуации (например, в том случае, когда пациентка, которая постоянно ищет утешения у своего партнера, может начать с принятия мелких решений по поводу меню на обед). При этом пациенту следует ожидать, что он почувствует себя тревожно или неуютно, когда он будет проводить подобные эксперименты. Их цель — не идеальное совладание без всякого дистресса, а стремление “чувствовать себя комфортно, когда тебе некомфортно”, как

некогда сказал Джил Фронсдал (Gil Fronsdal) — известный буддист, учитель, писатель из США. Практика майндфулнесс (см. главу 7) может помочь пациенту проживать неопределенность, не реагируя на нее.

Преодоление когнитивного избегания

Авторы публикации [*Dugas and Robichaud, 2007*] разработали для своего курса терапии генерализованного тревожного расстройства отдельный модуль, включающий в себя экспозицию в воображении на самые худшие гипотетические опасения. Это своеобразная форма декатастрофизации. Многие из самых глубоко укоренившихся страхов у онкологических пациентов не связаны непосредственно с угрозой смерти, и поэтому они вполне податливы такой интервенции.

Например, 30-летняя женщина, недавно прошедшая полный курс лечения рака молочной железы, была уверена, что сумеет побороть свою болезнь. Но когда она встретилась с потенциально новым для нее партнером, ее стала тревожить идея о том, что он оставит ее, несмотря на то, что она сказала ему о своем заболевании, и он вполне с этим примирился. Она размышляла над этим постоянно, анализируя в уме их разговоры на предмет признаков отвержения, а также искала заверений по поводу их смыслового значения у своих друзей. Психотерапевт предложил этой женщине мысленно представить наихудший вариант развития дальнейших событий, когда ее новый партнер скажет, что больше не желает с ней видеться, а затем позволить себе остаться с этим образом, его эмоциональным влиянием и неприятными телесными ощущениями, не думая о том, как утешиться. Когда она это сделала, ее начало подташнивать, но она с удивлением обнаружила в себе способность переносить подобные ощущения. Упражняясь в этом, когда ее опасения возрастали, она в итоге обнаружила, что переживание, вызывавшее у нее отвращение, стало более сносным. Она даже представила в какой-то степени возможные варианты решения этой проблемы, если ее взаимоотношения с новым партнером прервутся. И при этом она обнаружила, что вышла из цикла беспокойства. И в этом случае практика майндфулнесс (см. главу 7) может помочь пациенту оставаться со своими неприятными переживаниями, следуя их приливам и отливам, и замечая, что ее дистресс не остается постоянным, а изменяется и со временем исчезает.

Если страх рецидива онкологического заболевания занимает центральное место в беспокойстве пациента, то авторы публикации [*Dugas and Robichaud, 2007*] рекомендуют пользоваться данным методом, но при ус-

ловии, что риск рецидива невысок, а пациент готов выполнить задание на экспозицию. А при других обстоятельствах они рекомендуют воспользоваться проблемо-разрешающими стратегиями или стратегиями регуляции эмоций.

Паника

Порочные круги тревоги уже упоминались ранее в этой главе. При некоторых обстоятельствах они могут превратиться в нарастание тревоги по спирали, кульминацией которого становится приступ паники. Тревога связывается с целым рядом физиологических симптомов, включая учащенное сердцебиение, одышку, потоотделение, легкое головокружение и дрожь. Если подобные симптомы интерпретируются как признаки надвигающейся катастрофы, то пациент станет тревожиться все больше. Между физиологическим ощущением и катастрофической мыслью имеется прямая связь, как показано ниже.

- Учащенное сердцебиение: “У меня будет сердечный приступ”.
- Одышка: “Я задохнусь”.
- Головокружение: “Я потеряю сознание”.

Нет ничего удивительного в том, что мы совершаем маневр уклонения на основании появившейся у нас катастрофической мысли. И если мы убеждены, что задохнемся, то открываем окно, чтобы впустить больше воздуха в помещение, а если мы боимся, что потеряем сознание, то ищем, за что бы ухватиться. Такое безопасное поведение еще больше укрепляет наше убеждение, словно подтверждая, что если бы мы не предприняли такой маневр, то последствия были бы ужасными. И если мы однажды пережили приступ паники, то мы можем начать избегать ситуации, в которых мы можем чувствовать себя некомфортно или те, в которых не от кого ждать помощи.

Терапия паники подразумевает совместное с пациентом исследование его физических ощущений, мыслей, эмоций и поведения, наряду с тем контекстом или ситуацией, в которой они возникли. Это должно быть сделано осторожно, поскольку люди с серьезным физическим заболеванием могут возмутиться, когда им скажут, что их мысли о физических ощущениях “искажены” (подробное описание метода сократического диалога с людьми, переживающими неприятные события в жизни, приведено в

[Moorey, 2011]). Затем пациент отслеживает приступы паники и начинает вместе с психотерапевтом исследовать альтернативное объяснение этих приступов. Самой главной частью подобной терапии является разработка и организация экспериментов для проверки нового, менее катастрофического объяснения путем сокращения защитного поведения и преодоления избегания [Bennett-Levy et al, 2004]. Например, Фред, 70-летний мужчина с диагнозом прогрессирующего рака легких, обнаружил, что стал задыхаться при физической нагрузке, испытывая приступы паники из-за того, что он умрет именно “в тот момент”, когда перестанет дышать. Психотерапевт выявил у этого пациента две перечисленные ниже разновидности защитного поведения.

1. Стремление добраться до ванной, чтобы как можно быстрее совершить утренние гигиенические процедуры.
2. Стремление дышать чаще, чтобы вдохнуть больше воздуха.

Простой эксперимент состоял в том, чтобы пациент проводил определенное время в ванной и усвоил некоторые техники контроля дыхания своего дыхания с целью научиться замедлять его и больше не прибегать к гипервентиляции. В итоге, опробовав альтернативную стратегию, пациент обнаружил, что фактически меньше стал задыхаться, а его паника и тревога снизились.

Зачастую паника у пациентов интерпретируется таким же образом, как и у физически здоровых людей. Однако некоторые поведенческие эксперименты с пациентами, находящимися на стадии активного или продвинутого онкологического заболевания, следует проводить осторожно. В частности, тех, пациентов, у которых больные легкие, не следует просить о проведении гипервентиляционных экспериментов, чтобы продемонстрировать воздействие усиленного дыхания на симптомы паники. (В упомянутом выше случае с Фредом достаточно было обучить его методу, позволяющему контролировать дыхание, чтобы прекратить гипервентиляцию.) А пациенты, находящиеся на продвинутой стадии онкологического заболевания, возможно, не смогут провести более активные эксперименты (например, бегать вверх по лестнице, чтобы участить сердцебиение).

Когнитивные интервенции для пациентов, переживающих беспомощность или безнадежность

Для пациента, переживающего беспомощность или безнадежность, рак представляется как утрата, а будущее воспринимается им в виде мрачной неопределенности. Если тревожный пациент теряет ощущение контроля, но все же пытается сохранить его, то пациент, переживающий беспомощность или безнадежность и убежденный, что ситуация, по существу, не поддается его контролю, сдастся. Такая модель может дать представление о тех когнитивных техниках, которые могут быть выбраны. Методы, которые используются, направлены на то, чтобы подвергнуть сомнению пессимистическую уверенность в безнадежном будущем. Они также помогают пациенту обрести ощущение личного контроля.

Психотерапевт и пациент совместно работают над тем, чтобы выяснить из доступной информации, насколько реально мрачным выглядит будущее. Исследуются основания убеждения пациента о том, что будущее безнадежно, и взвешиваются основания против такого убеждения. В ситуации, когда выздоровление вполне возможно, это подразумевает также проверку нереалистичного пессимизма. Однако надежда на будущее не основывается только на том основании, что исцеление возможно. *Позитивный подход к оставшейся части жизни пациента, какой бы короткой она ни была, может содействовать качеству жизни.* Надежда пациентов с менее благоприятным прогнозом, может основываться на поиске того, чего они могут ожидать с нетерпением в повседневной жизни. И здесь очень важно выявить конкретное негативное убеждение, поскольку легко предположить, о чем пациент думает в эмоционально нагруженной ситуации. Так, психотерапевт может подумать: “Если бы я оказался в подобной ситуации, то я бы почувствовал то же самое”, но его предположения, о чем думает пациент, могут в большей степени основываться на его реакциях на представление пациента о своем заболевании [Moorey, 2011].

Многие пациенты думают, что если они не в состоянии больше делать то, что делали до своего заболевания, то им нет никакого смысла вообще что-нибудь делать. Демонстрация мышления в категории “все или ничего” является одной из стратегий, которой пользуется такой пациент. Обычно такой пациент рассматривает возможные варианты дихотомическим способом, как будто он может обрести полный контроль над ситуацией или

же оказаться совершенно беспомощным перед ней. А поскольку борьба с онкологическим заболеванием в основном не контролируется пациентом, то ему остается роль беспомощного. В таком случае психотерапевт должен показать пациенту, что при таком заболевании, как рак, можно иметь дело лишь с возможностями, а не с определенностью. И на самом деле это ничем не отличается от любого другого риска в жизни. Например, никогда не куря сигареты, вы намного меньше рискуете заболеть раком легких, хотя этот риск и не снижается до нуля. А пристегивание ремня безопасности означает, что вы намного меньше рискуете получить тяжелую травму в автомобильной аварии, хотя и не гарантирует это.

Это обстоятельство можно особо подчеркнуть, попросив пациента оценить степень контроля, которым он обладает в различных жизненных ситуациях, а также сравнить их с контролем над онкологическим заболеванием. Чтобы продемонстрировать непрерывный характер осуществления контроля в пределах от полного его отсутствия до полного обретения, можно воспользоваться приведенной ниже аналоговой шкалой.

Отсутствие контроля [_____] Полный контроль

Поиск альтернатив служит для исследования тех видов деятельности, которыми пациент до сих пор занимается, несмотря на рак. С этой целью пациент перечисляет все виды деятельности, которыми он все еще может заниматься. Как и во всем остальном при КПТ, пациента призывают постоянно отслеживать автоматические мысли и противодействовать им, хотя не всякий пациент способен свободно вести ежедневные записи своих автоматических мыслей. В табл. 10.3 приведены автоматические мысли и альтернативные ответы пациента с раком слюнной железы, которому удалось ограниченно воспользоваться данным методом.

Еще одна женщина со вторым рецидивом рака молочной железы чувствовала себя грустно и безнадежно. Во время сеанса терапии психотерапевт обучил ее регистрировать свои мысли и подвергать их сомнению. Ее мысли и альтернативные ответы, возникшие на терапевтической сессии, приведены в табл. 10.4.

Таблица 10.3. Запись автоматических мыслей пациента с раком слюнной железы

Автоматические мысли	Альтернативные ответы
У меня рак, и я знаю, что он все-таки есть	В больнице говорят, что у меня нет рака
Иногда мне хочется, чтобы эта опухоль в моем рту была раковой, и тогда мне бы удалось избавиться от нее	Не стоит, ведь вряд ли захочется пройти через все это (т.е. курс лечения) снова
Жизнь не стоит того, чтобы жить. Моя жизнь не изменилась с тех пор, как у меня появилось онкологическое заболевание, и оно еще вернется	Мне нужно продолжать жить ради моей семьи
	Я могу кое-что сделать, чтобы изменить свою жизнь

Таблица 10.4. Автоматические мысли женщины с рецидивом рака молочной железы

Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Альтернативные ответы
Наслаждение солнечным днем	Грусть (80%)	Мне не долго осталось еще жить, чтобы видеть солнце (90%)	Я буду жить (50%)
			Врач говорит, что я положительно реагирую на лечение (90%)
			Мне нужно жить, чтобы присматривать за детьми (90%)
			Я знаю женщину, у которой был рак в молочной железе, спинном мозге и печени в течение 15 лет. Если она сумела выжить, то смогу и я (70%)
			Если я не получаю удовольствия от жизни теперь, то я, похоже, сдалась (80%)

КПТ в действии

Если снова обратиться к случаю с Дженни, техники в действии. Напомним, что эта 45-летняя пациентка работала учительницей, была разведена и имела 8-летнего сына. Ее реакция на наличие рака молочной железы состояла в ощущениях симптомов депрессии, безнадежности и гнева. В разделе “Применение поведенческих техник для совладания с беспомощностью и безнадежностью пациентов” главы 8 было показано, насколько планирование активности и постановка целей помогли данной пациентке почувствовать себя менее безнадежной в первой фазе терапии. Когнитивные интервенции начались на первой сессии и были направлены на ее ощущение безнадежности.

Психотерапевт выявил автоматические мысли, которые подтвердили, что у Дженни было негативное представление, как о себе самой (например, следующая мысль: “Я беспомощна”, “Я неполноценна”), так и о будущем (например, такая мысль: “Какой смысл делать что-нибудь, если рак может вернуться?”). Она интерпретировала свое онкологическое заболевание как возникновение в настоящем необратимой потери, которая затрагивает ее личностную сферу. В частности, она утратила способность функционировать как независимый, нормальный человек и не верила, что такая способность когда-нибудь к ней вернется. С подобными безнадежными мыслями ей пришлось иметь дело еще до того, как ей было назначено поведенческое домашнее задание. На следующей сессии психотерапевт попросил Дженни приступить к регистрации ее мыслей, попутно объяснив ей концепцию тестирования реальности. Она охотно согласилась выполнять задание по постоянному отслеживанию своих негативных автоматических мыслей и противодействовать им, как показано в табл. 10.5.

Дженни должна была пройти курс адьювантной химиотерапии, но она была весьма озабочена возможными побочными эффектами такого лечения. Она описала свои чувства следующим образом: если она только начнет предпринимать дополнительные действия и ощущать больший контроль над своей жизнью, то устанет и заболеет в результате лечения. Психотерапевт помог ей проверить эту автоматическую мысль, спрашивая ее о доказательствах того, что ее химиотерапия является настолько токсичной. В действительности, она уже прошла короткий курс химиотерапии перед тем, как начать курс радиотерапии, и тогда она не почувствовала никакого особенного недомогания. Затем психотерапевт перешел к распросам о

достоинствах и недостатках того лечения, которое она получала. В итоге Дженни составила приведенный ниже перечень достоинств и недостатков своего лечения.

Достоинства	Недостатки
У меня не будет никаких сожалений и беспокойств	Я потеряю вес
По статистике я могу прожить дольше, и в этом мое преимущество	Я устану, и все будет даваться мне с трудом
Я не смогу разговаривать с людьми не испытывая эмоций	Я не смогу присматривать за своим сыном дальше из-за своей болезни Я стану бесплодной

Таблица 10.5. Негативные автоматические мысли, записанные и оцененные пациенткой Дженни

Ситуация	Эмоции	Автоматические мысли	Альтернативные ответы
Мысли о друзьях	Одиночество	Моя жизнь превратилась в кошмар. Она вышла из-под моего контроля	Если я сделаю осознанное усилие, то смогу сохранить некоторый контроль
Депрессия			
На кухне	Уныние	По ходу химиотерапии мне не захочется есть много разной пищи, и я снова начну терять вес	Я могу покупать полуфабрикаты, поскольку мне, вероятно, будет трудно готовить
Занятие чем-то	Тревога	У меня осталась лишь часть прежней энергии, и так может быть всегда	Возможно, это симптомы депрессии. И даже если я почувствую усталость, мне все равно лучше оставаться активной, поскольку я достигну большего
Утренний подъем	Грусть	Есть много из того, что я еще не сделала и никогда уже не сделаю	Люди делают разное в своей жизни, и моя жизнь не так уж и плоха. Я могла бы постараться сделать то, что хочу сделать

Данная процедура помогла Дженни взглянуть на мысли о химиотерапии в перспективе. Ниже приведен ее рассказ о тех когнитивных техниках, которыми она научилась пользоваться в ходе терапии.

“Когда у меня перестали появляться подавляющие негативные мысли, но я продолжала отслеживать свои мысли, то с удивлением я обнаружила, что большое число моих мыслей, так или иначе, оказались негативными и что их была целая бездна. Негативные мысли, по-видимому, держатся вместе как связка сосисок, и я постепенно прихожу к выводу, что было бы неплохо попробовать разорвать ее. Теперь я поняла, что имел в виду психотерапевт, когда он говорил о мыслях, содержащих искажения... И я обнаружила, что иногда могла бы справляться со своими мыслями иначе, принимая во внимание, что они могут содержать немало погрешностей, а также замечая моменты, когда вереница мыслей ни к чему хорошему не приводит”.

Резюме

В этой главе было показано, каким образом КПТ применяется для совладания с двумя наиболее распространенными эмоциональными реакциями у онкологических пациентов. Когда основное внимание пациента сосредоточено на угрозе, которую несет онкологическое заболевание, и неопределенности по поводу его неспособности контролировать ситуацию, он чувствует тревогу. Кроме того, в этой главе были описаны некоторые методы совладания с тревожной озабоченностью, страхом рецидивов онкологического заболевания, а также беспокойством и паникой. Когда мы подавлены подобной угрозой и чувствуем, что совершенно не способны контролировать создавшуюся ситуацию, то становимся беспомощными и теряем всякую надежду. Поэтому в этой главе были рассмотрены техники, способные породить надежду у пациентов, а также приведен пример конкретного случая, демонстрирующий КПТ в действии.

Применение методов КПТ для разрешения типичных проблем

Когнитивные и поведенческие техники для совладания с тревогой и депрессией остаются ключевыми в КПТ для онкологических пациентов, но эти проблемы являются далеко не единственными из тех, которые требуют внимания на терапевтических сессиях. В этой главе будут рассмотрены наиболее распространенные проблемы, связанные с онкологическим заболеванием, а также описаны психологические интервенции для работы с ними.

Итак, в этой главе будут рассмотрены перечисленные ниже вопросы.

- Работа с гневом и самообвинением.
- Бессонница и усталость.
- Боль.
- Тошнота.

Работа с гневом и самообвинением

Некоторые методы, применяемые для вентиляции и перенаправления гнева, были описаны в главе 7. А здесь будет представлен ряд дополнительных когнитивных и поведенческих техник для совладания с гневом. Более подробные сведения о подобных методах можно найти в [Burns, 1980; Novaco, 1976, 1995; Novaco and Chemtob, 1998; Deffenbacher, 1999]. Литература по управлению гневом у онкологических пациентов все еще скудна, но в результате мета-анализа было выявлено умеренное воздействие на гнев психологических интервенций, основанных на КПТ [Beck and Fernandez, 1998; DiGiuseppe and Tafrate, 2003]. На рис. 11.1 схематически показана простая модель процессов, происходящих у людей, испытывающих гнев.

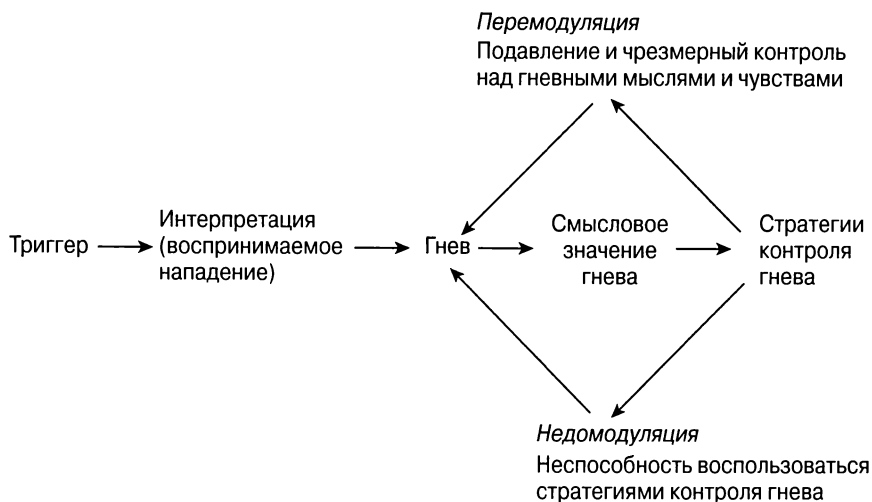


Рис. 11.1. Схематическое представление последовательности событий при проблемах с гневом

Онкологический пациент окажется в ситуации, связанной со схемами, которые могут склонить его к тому, чтобы рассматривать данную ситуацию как нападение или нарушение прав. Сложившаяся ситуация может быть непосредственно связана с онкологическим заболеванием, и поэтому с особой силой проявляется несправедливость положения пациента (например, мысль: “Этого не должно было со мной случиться”). В других случаях инициирующий фактор может быть не связан с онкологическим заболеванием, но поскольку чувство несправедливости присутствует в уме пациента, то он настроен искать несправедливость в том, как с ним обращаются. Таким образом, исходное возмущение в связи с заболеванием приводит к неверной интерпретации событий как несправедливых.

Иногда у пациента могут быть глубинные убеждения о том, как люди должны вести себя с больными (например, мысль: “Они должны обращаться со мной более уважительно”), что и вызывает гнев. Как только человек интерпретирует создавшуюся ситуацию как неправомерное нападение или нарушение правил, он испытывает чувство гнева. И представление человека о подобных гневных чувствах будет затем определять их последствия. Так, если человек рассматривает гнев как нечто нежелательное, чего следует избегать, он попытается подавить свой гнев или сдержать его. И это может привести к прорыву гнева и других проблем, связанных с эмоциональным

подавлением, как описано в главе 7, а следовательно, потребует психологических интервенций с целью содействовать привлечению чувств и конструктивному их выражению. Если же гнев воспринимается как справедливый, это может означать, что человек даже не пытается его сдерживать. Такая несостоятельность применяемых стратегий контролирования обычно приводит к усилению гнева.

Далее будут рассмотрены три основных шага программы совладания с гневом, а именно: установление мотивации к изменению, выявление ключевых признаков и автоматических мыслей и разработка когнитивно-поведенческой стратегии для изменения.

Установление мотивации к изменению

Думать, что человеку неправильно и несправедливо иметь онкологическое заболевание, считается социально приемлемым. Кроме того, чувство благородного гнева может быть довольно бодрящим, и это придает больше сил, чем чувство беспомощной жертвы. Когда гнев приводит пациента к эффективному разрешению проблемы, конструктивной активности для улучшения сервиса, оказанию помощи другим пациентам и т.д., такой гнев считается здоровым и полезным. Но иногда гнев не приводит к поведенческой активации, но может парализовать пациента в бессильной злости. В таком случае полезно исследовать выгоды и затраты на дальнейшее пребывание в столь гневном состоянии. И полезнее всего сосредоточить внимание не на том гневе, который пациент чувствует по поводу своего заболевания, а на том гневе, который выступает наружу и генерализируется где-нибудь еще. Это не основная эмоция в смысле здоровой и закономерной реакции на заболевание, а неуместное чрезмерное обобщение.

Благодаря различению этих двух разновидностей гнева может развиваться терапевтический альянс, построенный на согласии между пациентом и психотерапевтом работать над контролем дезадаптивного гнева. С помощью метода направляемых открытий психотерапевт может показать пациенту, каким образом вполне понятный гнев по поводу онкологического заболевания выплескивается на остальные области жизни пациента со всеми вытекающими отсюда нежелательными последствиями. Психотерапевт должен признать выгоды от чувства гнева, когда, например, пациент чувствует себя не беспомощным, но оживленным и правым, прежде чем перейти к любому противодействию гневу, поскольку это повысит мотивацию пациента к изменению и уменьшит вероятность разрыва терапевтических отношений.

Выявление ключевых признаков и автоматических мыслей

Как только будет установлена цена на гнев (например, конфликты с членами семьи, чувство напряжения, напрасное расходование ценной энергии), собирается информация о факторах, инициирующих вспышки гнева. Как и в отношении любой другой проблемы, психотерапевт предлагает пациенту регистрировать гневные ситуации и выявлять ключевые признаки гнева. Автоматические мысли выявляются описанными выше способами. Нередко возникает последовательность событий, приводящая к вспышкам гнева (см. рис. 11.1), и поэтому ее стоит рассмотреть более подробно, чтобы установить те действия и мысли, которые имели значения для достижения конечного результата.

На первой стадии оценивания весьма распространено одно когнитивное искажение. Так, в записях пациентов то и дело появляются предложения со словами “следует” или “должно”, как показано в приведенном ниже примере.

- “Этого не должно было со мной случиться!”
- “Это несправедливо, я хороший человек, и со мной не следует так обращаться”.
- “Ему следует быть намного более тактичным!”
- “Он должен проводить со мной больше времени!”

Несмотря на то, что гнев может быть направлен на Бога или судьбу, чрезмерный гнев обычно оказывает свое влияние на межличностные отношения. Проблемы в межличностных отношениях вызывает не сетование на свою судьбу, а окрики на своих детей. В подобных случаях обычно возникает такое чувство, будто нарушено какое-то правило, что, например, выражается в таких мыслях: “Им следовало бы знать, что я устал(а)” или “Они не должны так сильно шуметь”. Очень важно собрать информацию об этом, прежде чем перейти к противодействию искаженному мышлению.

На следующей стадии одни люди могут “перемодулировать” свой гнев, что потребует эмоционально ориентированных интервенций, тогда как другие люди — “недомодулировать” свой гнев. У них может и не быть стратегий, которыми они могли бы воспользоваться, чтобы предотвратить нарастание гнева, например, отступить от чувства гнева, отвлекаться, сосчитав до 10, сделать глубокий вдох, обратиться к себе, в частности, с такими словами: “Не перебирай через край, ведь это не так уж и важно”,

а также выйти из ситуации. Люди, гневающиеся под влиянием стресса, возможно, не обучены этим стратегиям, а, может быть, они находятся под таким стрессом, что не пользуются ими. Поэтому данная стадия анализа ключевых признаков гнева и реакции пациента позволяет психотерапевту удостовериться в каком объеме пациент использует достаточно или недостаточно адаптивные стратегии для совладания с гневом.

Разработка стратегии для изменения

Как только последовательность действий и мыслей будет установлена, психотерапевт может поработать с пациентом над тем, чтобы найти слабое звено в цепи. Когнитивно-поведенческий анализ может выявить закономерность, аналогичную той, что приведена на рис. 11.2, тогда как *анализ ключевых признаков* гнева обычно подразумевает интервенции с целью уменьшить вероятность провоцирования гнева. С этой целью можно, например, избегать трудных ситуаций или изменить окружение, чтобы снизить частоту проявления гнева. Так, в случае, приведенном на рис. 11.2, установление правила, предписывающего детям сменить свою обувь, приходя домой, может способствовать уменьшению вероятности возникновения гнева у пациентки.

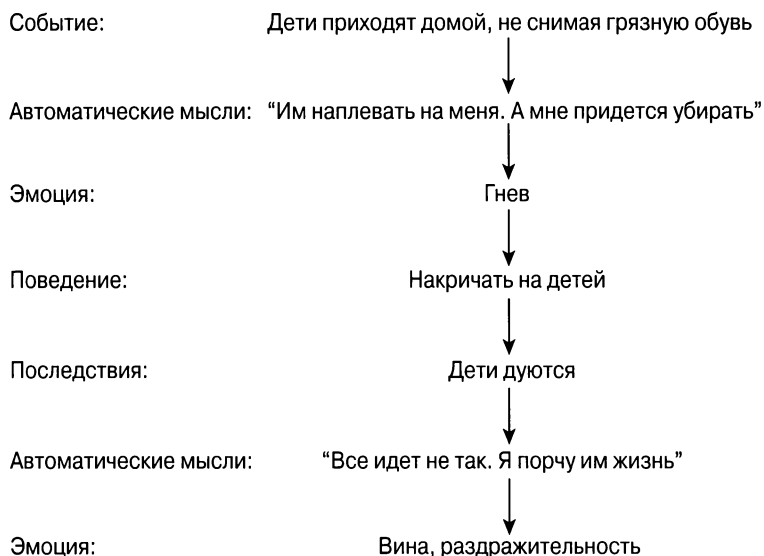


Рис. 11.2. Когнитивно-поведенческий анализ гнева пациентки

Выявление искаженного мышления и противодействие ему, очевидно, играет важную роль в техниках АПТ, предназначенных для контролирования гнева. Когда гнев возникает в межличностных отношениях, техники, способствующие эмпатии, могут иметь особое значение. И тогда психотерапевт может предложить пациенту рассмотреть сложившуюся ситуацию с чужой, а не своей точки зрения. Если это окажется неэффективным, то внести изменения могут более активные методы вроде разыгрывания роли другого человека во взаимоотношениях с пациентом. *Эмпатические техники* помогают показать пациенту, что человек, на которого он гневается, обычно не нападает и не задевает его намеренно. Так, в случае, приведенном на рис. 11.2, пациентка могла бы отреагировать на свои автоматические мысли, сказав себе следующее.

1. “Мои дети любят меня, но когда они возбуждены, то не могут думать наперед. Нет никакой причины, объясняющей почему они не хотят помочь мне вымыть пол”.
2. “Плохо только одно: пол грязный. Если я сумею совладать со своей раздражительностью, то не принесу моим детям страдание”.

Как только в гневных ситуациях будет выявлена общая нить под названием “должны”, пациент может отслеживать эти “должны”, заменяя их более адаптивными интерпретациями. После этого, психотерапевт может проанализировать достоинства и недостатки работы с системой убеждений пациента, которая основывается на долженствовании, а также проверить свидетельства того, что внешний мир в самом деле действует по правилам, соблюдаемым пациентом.

Как только гнев будет активизирован, у пациента появляется возможность выбрать одну из нескольких отличающихся стратегий совладания с гневом, чтобы *ослабить его действие* (например, привести такие формулы самоубеждения, как, например: “Все в порядке. Я могу справиться с этим, не выходя из себя, отвлечься или расслабиться”). Психотерапевту и пациенту, возможно, придется поработать над ассертивной реакцией последнего без проявления гнева. И для этого, возможно, придется разыграть соответствующие роли во время сессии. Чтобы достичь поставленной цели, пациент может отрепетировать свою роль, показывая, как он проявляет уместный, на его взгляд, гнев. У неассертивных людей состояние пассивного “дверного коврика” порой чередуется вспышками гнева. А пациенты, подавляющие свой гнев, нередко опасаются, что станут “противными”

людьми или потеряют самообладание, если изменятся. Для проверки подобных убеждений могут быть использованы когнитивные методы. А для того чтобы выяснить, что словесный отказ или стремление постоять за себя действительно приводит к тяжелым последствиям, которые предвидит неуверенный в себе пациент, можно организовать поведенческие эксперименты. Психотерапевт помогает пациенту различать уместные и полезные эмоции и поведение (здоровый, конструктивный гнев и асертивность) от дезадаптивных (бессильной злобы и агрессивности), как поясняется далее в блоке 11.1.

Блок 11.1. Методы совладания с гневом по поводу рака

В приведенном ниже примере пациент выразил свой гнев следующим образом.

“Я жил хорошо. За что мне это, когда плохие люди остаются безнаказанными?”

1. Побудить к непосредственному выражению этого гнева на сессии и к значимым другим.
2. Найти подходящие пути для выхода гневных чувств.
3. Тестировать реальность убеждения, что жизнь должна быть справедливой.
 - а) Оценить доказательства справедливости жизни.
 - б) Подумать о людях, у которых, как известно пациенту, обнаружен рак. Сколько среди них оказалось хороших и сколько плохих людей?
4. Найти альтернативные способы, позволяющие иначе взглянуть на сложившуюся ситуацию. Например, одна пациентка почувствовала себя лучше, как только она перестала задаваться вопросом “Почему я?” и вместо этого стала спрашивать себя “Почему не я?”
5. Выявить когнитивное искажение (тиранию “долженствования”).
6. Найти первопричину убеждения (например, в детских переживаниях или религии), чтобы пересмотреть его как усвоенное правило, а не общепринятый факт.

Бессонница

Люди с диагнозом рака часто страдают бессонницей, причем 40% всех обследованных пациентов сообщают, что они плохо спят [Savard and Morin, 2001; Savard et al, 2001; Davidson et al, 2002]. Это связано, как с усталостью, так и с беспокойством [Zee and Ancoli-Israel, 2009]. Плохой сон может стать той проблемой, которую хотели бы разрешить люди, проходящие курс АПТ, а трудности засыпания могут быть очень легко внедрены в общую концептуализацию. Как всегда, формулирование факторов, поддерживающих возникшую проблему, играет ключевую роль в понимании и терапии этого состояния.

Выявление физических факторов, оказывающих влияние на сон, должно быть, безусловно, поставлено во главу угла. Боль и одышка являются, вероятно, самыми распространенными среди этих факторов, и они явно проявляются у пациентов с более продвинутыми стадиями. Психотерапевту следует проконсультироваться у специалистов, оказывающих основной уход или паллиативную помощь, чтобы удостовериться, что подобные симптомы исследованы полностью, должное обезболивание имеется, состояние дыхания оптимизировано. И как только это будет сделано, в курс КПТ для бессонницы может быть введен целый ряд техник, направленных на поведенческие факторы (окружающую обстановку, привычки отходить ко сну, бесполезное употребление алкоголя и успокоительных средств), так и когнитивные факторы (дисфункциональные убеждения о сне и беспокойстве). Такой подход обычно сочетает в себе рекомендации по гигиене сна с изменением поведения, связанного со сном, а также оценивание бесполезного мышления [Smith and Neubauer, 2003]. Улучшение сна после КПТ оказывается связано с изменениями в дисфункциональных убеждениях о сне и сокращением времени короткого сна днем [Tremblay et al, 2009].

Самоконтроль и гигиена сна

Первый шаг состоит в том, чтобы предложить пациенту вести дневник сна. Это даст возможность постоянно контролировать разные переменные факторы, к числу которых обычно относится время отхода ко сну, время, которое требуется, чтобы уснуть, количество пробуждений ночью, время подъема, а также автоматические мысли. Инструкции по гигиене сна обычно состоят из рекомендаций относительно того, что следует делать

вечером, чтобы уменьшить бессонницу, а также инструкций по поводу са-мого сна и окружающей обстановки в спальне.

Вечерний распорядок

В вечерний распорядок входят перечисленные ниже действия.

- Исключить кофеин, алкоголь и курение по вечерам.
- Не пить слишком много жидкости по вечерам.
- Принимать обычную пищу и не отходить ко сну впроголодь.
- Регулярно выполнять упражнения в течение дня, но не позже, чем за три часа до отхода ко сну.
- Выработать распорядок отхода ко сну, из которого постепенно исключить прием горячих напитков, чтение и т.д.

Сон

В распорядок сна входят перечисленные ниже действия.

- Вставать каждый день в одно и то же время.
- Спать лишь столько, сколько требуется, чтобы чувствовать себя бодро в течение дня. Не проводить время в постели дольше, пытаясь поймать сон.
- Исключить короткий сон в дневное время суток.
- Не пытаться уснуть.

Спальня

Для упорядочения окружающей обстановки в спальне необходимо выполнить перечисленные действия.

- Исключить беспокоящий свет или шум.
- Избегать любых действий, кроме сна и секса (не смотреть, например, телевизор в спальне).

Контроль над стимулами

Этот хорошо зарекомендовавший себя метод основывается на том принципе, что при бессоннице пациент начинает связывать свою постель с бодрствованием и раздумьями. Цель данного метода — нарушить подобное обуславливание и связать постель со сном. С этой целью психотерапевт предлагает пациенту вставать каждый день в одно и то же время, спать только в спальном комнате и пользоваться ею только для сна и секса. Чтобы выйти из цикла пробуждения и лежания в постели, беспокоясь об онкологическом заболевании или бессоннице, пациенту предлагается вставать с постели, если он проснулся и бодрствует больше 15–20 минут. Он должен вернуться в постель только тогда, когда почувствует, что засыпает.

Релаксация

Методы релаксации, в том числе и те, что описаны в главе 8, могут также оказаться очень полезными для совладания с бессонницей.

Когнитивные методы

Беспокойство по поводу рецидива и прогрессирования онкологического заболевания является весьма распространенной особенностью бессонницы у онкологических пациентов. Эта особенность может способствовать трудностям засыпания и возвращения ко сну после пробуждения пациента ночью. Гигиена сна и контроль над стимулами могут оказать помощь в том, чтобы пациент не связывал свою постель с беспокойством. Еще один совет состоит в том, чтобы хранить блокнот рядом с кроватью. Когда появится мысль, пациент может тут же записать ее в блокнот. Такое действие внешнего выражения беспокойства иногда позволяет пациенту освободиться от него. Методы, описанные в главе 10, можно в равной степени эффективно применять для ослабления беспокойства, как в дневное, так и в ночное время.

Помимо этого основного беспокойства по поводу онкологического заболевания, пациенты могут беспокоиться и по поводу самой бессонницы. В частности, они могут прибегнуть к катастрофизации влияния ночной бессонницы на их производительность на следующий день или беспокоиться, что их онкологическое заболевание может усугубиться из-за недостатка сна. Применяя тестирование реальности, можно оценить вероят-

ность столь грозных последствий, а для проверки убеждений — провести соответствующие поведенческие эксперименты. Например, страх пациента почувствовать себя ужасно на следующий день или не суметь сосредоточиться можно проверить, попросив его вести дневник своего сна и производительности после сна.

Усталость

Об усталости пациенты сообщают как о симптоме, чаще всего связываемом с онкологическим заболеванием и его лечением [Hofmana et al, 2007]. И не удивительно, что у людей с диагнозом рака наблюдается сильная связь бессонницы с усталостью [Zee et al, 2009], а когнитивно-поведенческие интервенции для усталости нередко приходится внедрять и в порядок работы с бессонницей [Armes et al, 2007]. Чтобы направить лечение в нужное русло, требуется хорошо разработанная поддерживающая концептуализация. Планирование активности можно адаптировать к ведению дневника активности и усталости, а мысли об утомляемости — отслеживать. Благодаря этому можно получить сведения о порочных кругах негативного мышления, избегания и усталости, в которые могут впасть онкологические пациенты.

Например, у Фрэнка, 79-летнего мужчины, был метастатический рак предстательной железы. Он чувствовал все время усталость, и ему было больно слишком напрягаться. Как было выявлено из его плана активности, он проводил слишком много времени, лежа на софе и смотря телевизор. В течение этих периодов времени он оценивал уровень своей усталости как высокий. И с удивлением он обнаружил, то стал уставать меньше, когда занимался чем-то полезным. В дневнике записи мыслей этого пациента содержалось немало автоматических мыслей об его болезни, утомляемости и боли. И это дало психотерапевту возможность выявить следующее убеждение данного пациента: “Если я перестараюсь, то могу только все испортить”. В ходе беседы и тестирования реальности удалось установить, что активность данного пациента не усугубляет его онкологическое заболевание. И Фрэнк смог убедиться, что его бездеятельность вызывала у него еще большее беспокойство, а, возможно, даже большую усталость. Он решил поэкспериментировать, и стал проводить меньше времени лежа на софе и непременно ходить каждый день в киоск, чтобы купить газету. В итоге он обнаружил, что боль у него никак не усиливалась, когда он был более активным, а его утомляемость фактически уменьшилась.

Интервенции для снятия усталости подразумевают сначала выявление негативных убеждений о физической активности, а затем их проверку методом направляемых открытий и поведенческих экспериментов. Подобные эксперименты будут обычно включать в себя использование плана активности для постоянного отслеживания симптомов и использование техники градуированных заданий для постепенного повышения уровня упражнений, назначаемых для пациента.

Боль

Треть людей с диагнозом рака испытывают боль, и этот показатель достигает 75% у пациентов с продвинутой формой рака. До 50% онкологических пациентов не ощущают надлежащее обезболивание [Larue et al, 1995; Zech et al, 1995]. Существует убедительное доказательство эффективности КПТ для снятия боли при онкологическом заболевании (см. главу 3). Как и при усталости и бессоннице, убеждения пациентов относительно испытываемой ими боли будут оказывать влияние на их копинговое поведение. Катастрофические страхи по поводу значения боли и убеждения относительно контроля над ней являются двумя главными темами, которые, по-видимому, возникают у людей, переживающих сильный дистресс вместе с болью, даже если они получают надлежащее обезболивание.

Кроме того, катастрофические интерпретации боли делятся на две категории: опасения по поводу того, что боль указывает на распространение болезни, а также опасения по поводу того, что боль служит явным признаком того, что поведение пациента каким-то образом усугубляет положение дел. Такие автоматические мысли, как, например: “Я уверен (уверена), оно не должно так болеть. Что-то не то происходит”, способствуют тревожной озабоченности. Следовательно, при таком стиле адаптации к заболеванию наблюдается беспокойство, поиск утешения и проверка симптомов. Автоматические мысли вроде следующей: “Мне лучше не напрягаться на тот случай, если от этого станет хуже” приводят к перестраховке и избеганию всякой активности. Оба эти стиля катастрофического мышления будут связаны с постоянным мониторингом телесных ощущений и повышенным вниманием к болезненным раздражителям. На рис. 11.3 приведено наглядное представление взаимодействия мыслей, тревоги и поведения при боли. Работа с такими когнициями подразумевает сначала психоэдукацию относительно характера боли, тестирование реальности, а затем организацию

экспериментов с целью проверить, что произойдет, если пациент изменит фокус своего внимания, будет реже проверять симптомы и искать утешения.

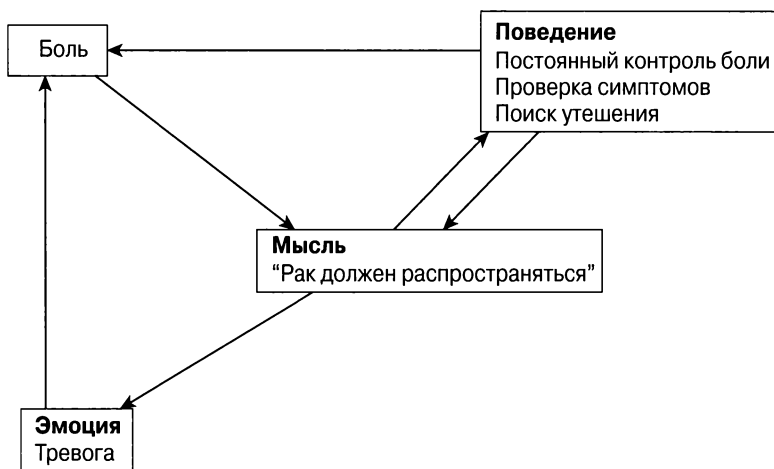


Рис. 11.3. Взаимодействие мыслей, тревоги и поведения при боли

Степень, до которой пациент чувствует, что может контролировать свою боль, оказывает также влияние на ее переживание. И те люди, которые чувствуют, что они не в состоянии снять свою боль, ощущают собственную беспомощность и безнадежность. Имеется несколько методов, показавших свою эффективность в снятии боли, и поэтому они особенно полезны для тех пациентов, у которых имеются подобные убеждения. Ведя дневник боли, пациент может выявить те ситуации или виды деятельности, которые ослабляют или, напротив, усугубляют симптомы заболевания. Поставив надлежащие цели и приняв постепенный подход, можно создать чувство уверенности в своих силах. Пациенты, не осознающие факторы, способные оказывать влияние на их боль, попадают в порочный круг недостаточной активности, когда боль усиливается, но излишней активности, когда боль ослабевает. В данном случае известную пользу может принести размеренная деятельность, а также конкретные стратегии совладания с болью вроде отвлечения внимания и релаксации.

Тошнота

Тошнота является подтачивающим здоровье побочным эффектом химиотерапии, хотя ее преобладание убавилось в результате снижения токсичности режимов химиотерапии и усовершенствования противорвотных препаратов. *Антиципаторная* (т.е. ожидаемая) *тошнота* является особенно неприятным симптомом, при котором пациента начинает тошнить в ожидании химиотерапевтического лечения. В прошлом такой побочный эффект вырабатывался у 25% всех пациентов к четвертому циклу лечения, но в современных курсах лечения симптомы антиципаторной тошноты проявляются меньше, чем у 10% пациентов за один цикл лечения, а у 2% или еще меньшего числа пациентов появляются симптомы антиципаторной рвоты [Aapro et al, 2005]. Антиципаторная тошнота ассоциируется с количеством циклов лечения и с менее качественным контролированием тошноты во время лечения, и поэтому имеется убедительное доказательство наличия исходного классического эффекта обуславливания. Но к другим факторам, причастным к происхождению такой тошноты, относятся уровни тревоги, ожидания тошноты [Montgomery and Bovbjerg, 2001] и семейной поддержки [Kim and Morrow, 2007].

К факторам, прогнозирующим антиципаторную тошноту [Morrow, 1984; Morrow et al, 1991], относятся следующие.

1. Возраст меньше 50 лет.
2. Тошнота и рвота по окончании последнего курса химиотерапии.
3. Описание тошноты по окончании последнего курса лечения как “умеренной, сильной или непереносимой”.
4. Сообщение о побочном эффекте как о “тепле или жаре по всему телу” по окончании последнего курса лечения.
5. Восприимчивость к укачиванию.
6. Ощущение “потоотделения” по окончании последнего курса лечения.
7. Ощущение “общей слабости” по окончании последнего курса лечения.

Если антагонисты 5-НТЗ-рецепторов (5-гидрокситриптамина или серотонина) ослабляют тошноту и рвоту, вызванную химиотерапией, то они, оказывается, не снимают антиципаторную тошноту и рвоту [Figueroa-Moseley et al, 2007]. В 1998 году Антиэметический подкомитет (Antiemetic Subcommittee) Мультинациональной ассоциации, поддерживающей тера-

пии в онкологии (Multinational Association of Supportive Care in Cancer — MASCC), заявил следующее: “Самое лучшее лечение антиципаторной рвоты состоит в наилучшем из возможных контроле над острой и отложенной рвотой”, а после этого добавил, что бензодиазепины и поведенческие вмешательства продемонстрировали наилучшие доказательства при лечении таких состояний. [Aapro et al, 2005].

Поведенческие вмешательства для излечения от антиципаторной тошноты и рвоты основываются на принципах экспозиции. Пациент подвергается воздействию стимулов, вызывающих тошноту в воображении или в естественных условиях (in vivo) в течение периода времени, достаточного для ослабления тошноты. А при повторном воздействии тяжесть симптомов снижается.

Выявление стимулов, вызывающих тошноту

Самыми распространенными являются обонятельные (например, запах больницы, госпитального кафе) и когнитивные (например, мысль о визите в больницу) стимулы, хотя вызвать тошноту могут и другие стимулы (например, поездка автобусом на прием к врачу) и состояние настроения [Fernandez-Marcos et al, 1996]. Составлена иерархия, на вершине которой находятся стимулы, вызывающие, по крайней мере, тошноту и рвоту (пример такой иерархии приведен в табл. 11.1). Очень важно, чтобы промежутки между элементами данной иерархии были довольно равномерными. Ведь если пациента придется переместить резко вверх с низкого уровня на высокий уровень данной иерархии, то задача заметно усложнится.

Таблица 11.1. Иерархия стимулов, вызывающих тошноту

Иницирующий фактор	Уровень тошноты (по шкале 0–100 баллов)
Запах любой пищи	10
Езда в автомобиле	15
Езда в автомобиле мимо больницы	25
Мысленное представление химиотерапевтического лечения	60
Запах больницы	80
Химиотерапевтический кабинет	100

Воздействие посредством стимулов

Пациент начинает с основания иерархии, подвергаясь воздействию ситуации или инициирующего фактора. А психотерапевт дает ему инструкции оставаться в данной ситуации достаточно долго, чтобы ослабить тошноту до приемлемого уровня. Остаться в данной ситуации до тех пор, пока тошнота не исчезнет полностью, не так существенно. Экспозиция повторяется до тех пор, пока переживаемая ситуация не вызывает значительную тошноту, после чего пациент переходит к следующему элементу иерархии. Экспозиция оказывается более эффективной, если она осуществляется посредством настоящего стимула, а не в воображении, и если она длительная и повторяющаяся. Психотерапевту, возможно, стоит оказывать помощь пациенту в некоторых ситуациях, вызывающих тошноту, хотя это и не существенно, поскольку самостоятельно направляемая экспозиция оказывается весьма эффективной. Определенную пользу может принести релаксация, давая пациенту возможность оставаться с тошнотой во время экспозиции, но пользоваться релаксацией следует осторожно в том случае, если она превращается в защитное поведение.

На следующем уровне иерархии (езда в автомобиле) пациент может подвергнуться воздействию стимула, вызывающего тошноту, самостоятельно выполнив его в виде домашнего задания в присутствии члена своей семьи. И в этом случае начинать следует с сильного задания (например, езды вокруг дома), постепенно переходя к более сложным заданиям (например, езде вблизи больницы, мимо знакомых мест или дорожных знаков, связанных с прохождением курса лечения), чтобы каждое упражнение могло приносить удачный опыт.

Когнитивный стимул мысленного представления химиотерапевтического лечения может быть направлен двумя способами.

1. Через воздействие в воображении, где пациент создает образ химиотерапевтического кабинета или подробно обсуждает стадии своего лечения.
2. Путем распаковывания элементов зрительного образа и осуществления экспозиции *в естественных условиях* (глядя, например, на фотографии внутренних помещений больницы, держа в руке шприц и капельницу).

В итоге это приведет к пункту, находящемуся на вершине упомянутой выше иерархии и подразумевающему пребывание пациента в химиотерапевтическом кабинете больницы. Для этой цели может потребоваться терапевтическая сессия, проводимая с помощью психотерапевта, где пациент постепенно перемещается по больнице, ожидая каждой стадии до тех пор, пока уровни его дистресса не станут управляемыми, а затем переходя к следующей стадии до тех пор, пока он не дойдет до химиотерапевтического кабинета. К подобным упражнениям полезно привлечь медицинский персонал больницы, который может предоставить оборудование для экспозиции и доступ к химиотерапевтическому кабинету.

Когнитивные методы

До сих пор мы описали процедуру избавления от тошноты исключительно в поведенческих терминах, но воздействие можно усилить, если внедрить его в когнитивно-поведенческую концептуализацию. У пациентов могут быть искаженные или бесполезные ожидания и убеждения относительно химиотерапии, как показано в приведенных ниже примерах.

- “Меня неизбежно стошнит”.
- “Я этого не перенесу”.
- “Я не смогу с этим совладать”.
- “Если меня вырвет, все будут глазеть на меня”.
- “Я не сумею вынести столь неловкое положение”.

Подобные мысли можно оценивать, применяя методы, описанные в главах 9 и 10. Словесное обсуждение поможет до некоторой степени уменьшить подобные убеждения, но его основная роль состоит в том, чтобы способствовать мотивации пациента задействовать поведенческие эксперименты. Задания на экспозицию могут быть нацелены на проверку конкретных убеждений, и это может ускорить весь процесс.

Например, пациентке, которая была убеждена, что ей никогда не совладать с тошнотой и вряд ли удастся встретить человека, способного перенести ощущение тошноты, был показан видеосюжет, где один пациент описывал свое переживание химиотерапии. После этого психотерапевт встретился с этой пациенткой в больницу, где он, стоя вместе с ней в вестибюле, проверил ее убеждение, что она не сможет оставаться в больнице больше двух минут. В итоге она вытерпела 5 минут, а затем при поддержке психотерапевта дотерпела до 10 минут, опровергнув тем самым свой прогноз.

Применяя данную модель экспозиции, нацеленной на проверку конкретных убеждений, можно провести одну расширенную сессию в течение 2 или 3 часов. Воздействие за один сеанс терапии оценивалось на пациентах с простыми фобиями, но, насколько нам известно, лечение антиципаторной тошноты и рвоты не исследовалось.

Совладание с химиотерапией

Имеется целый ряд копинговых стратегий, помогающих людям самостоятельно совладать с химиотерапевтическим лечением. К их числу относятся такие методы релаксации и отвлечения внимания, как прослушивание плеера или игра в компьютерные игры.

Резюме

КПТ не ограничивается только терапией тревоги и депрессии. Она может помочь пациентам совладать и с другими эмоциями (например, гневом), а также уместна для снятия некоторых симптомов, характерных для онкологического заболевания. В этой главе было показано, как подобная терапия может применяться в работе со связанными с онкологическим заболеванием бессонницей, усталостью, болью и тошнотой. Во всех этих областях могут быть использованы одни те же базовые техники, но для работы с каждой проблемой в отдельности рассмотренную здесь модель придется усовершенствовать, чтобы более эффективно нацелить когнитивные и поведенческие вмешательства, особенно поведенческие эксперименты.

Работа с глубинными убеждениями и допущениями в контексте рака

Одной из сильных сторон КПТ является ее гибкость в формулировании проблем, как на поперечном или поддерживающем уровне (здесь и сейчас), так и на более глубоком продольном или развивающем уровне. И хотя большая часть работы с пациентами сосредоточена на разрешении их проблем в краткосрочной перспективе здесь и сейчас, иногда подобные проблемы полезно понять в более исторической перспективе. В этой главе будут рассмотрены перечисленные ниже вопросы.

- Более подробно остановимся на развитии модели адаптации к онкологическому заболеванию.
- Объясним, как совместно создать концептуализацию развития.
- Опишем как рак влияет на четыре разных типа структурных убеждений.
- Кратко изложим некоторые методы, предназначенные для работы с убеждениями.

Личные убеждения и адаптация к онкологическому заболеванию

Несмотря на то, что рассудком мы готовы признать, что мы, как и всякий когда-либо живший на земле человек, все равно умрем, на эмоциональном уровне такое соображение очень трудно принять. Мы нередко действуем так, как будто собираемся жить вечно, и самое плохое, что может случиться, нас как-то не касается. Рак ставит под сомнение подобные имплицитные убеждения относительно нашей неуязвимости и бессмертия [Janoff-Bullman, 1992]. Он может также поставить под сомнение наши убеждения в том, что мы достаточно подготовлены и способны справиться

и что окружающий нас мир является вполне предсказуемым, подходящим и контролируемым местом обитания.

Как обсуждалось в главе 2, то значение, которое пациенты придают своему переживанию онкологического заболевания, будет зависеть от системы их глубинных убеждений о себе самих, других людях и окружающем их мире, а также от более конкретных убеждений относительно их заболевания и его лечения. На самом глубоком уровне такие убеждения являются безусловными, аксиоматическими допущениями относительно того, как все обстоит. Именно поэтому они и называются “глубинными убеждениями” [Beck, 1995]. Мы обычно руководствуемся ими, чтобы как-то ориентироваться во внешнем мире. И если нас воспитали надлежащим образом в атмосфере любви и моральной поддержки, мы зачастую убеждены, что чего-то все-таки стоим, что люди благожелательны к нам и что внешний мир является безопасным местом обитания.

Рак ставит под сомнение эти позитивные убеждения, и тогда пациенты чувствуют свою уязвимость, неспособность к совладанию и беспомощность. Но зачастую подобные чувства лишь временны, поскольку пациент способен найти в себе силы и ресурсы справиться со стрессом. Вполне возможно, что большинство людей адаптируются к своему заболеванию, присоединяя новости о поставленном диагнозе к уже существующей системе своих убеждений, находя способы восстановления ощущения своей ценности как людей, способных контролировать свое предсказуемое и значимое окружение и надеяться на лучшее будущее. Имеются некоторые доказательства, что онкологические пациенты могут действительно быть более оптимистичными, чем здоровые участники исследования из контрольной группы [Stiegelis et al, 2003].

Позитивные и негативные глубинные убеждения

У большинства из нас имеется определенное сочетание позитивных и негативных убеждений, и когда мы не находимся под влиянием стресса, то позитивные убеждения обычно проявляются у нас более заметно. У некоторых людей эти позитивные убеждения довольно жесткие, возможно, потому что они никогда не переживали серьезных невзгод или потому что они научились смотреть на вещи только в черно-белом свете. Их основные позитивные убеждения оказываются настолько хрупкими, что они могут быть вдребезги разбиты травмой, нанесенной диагнозом смертельного заболевания.

Вполне возможно, что пациент не может концептуально представить, как может выглядеть несчастье, а, может быть, у него имеются довольно строгие представления о том, каким должен быть мир. Одним людям трудно приспособить свои убеждения в справедливости и предсказуемости мира перед лицом нанесенной травмы [Janoff-Bullman, 1992]. Они могут допускать, что если они ведут добропорядочную жизнь или следуют определенным религиозным правилам, то ничего плохого с ними не случится.

У других людей болезнь, угрожающая их жизни, подтверждает их тайные опасения, а следовательно, активизирует основные убеждения, находившиеся в их подсознании (например, такие убеждения: “Я уязвим (уязвима)”, “Мир опасен, непредсказуем и враждебен”, “Другие люди жестоки и недоступны”). Столь негативные основные убеждения или схемы нередко развиваются как очень понятные способы реагирования на невзгоды, пережитые в детстве. Так, если ребенка постоянно бранят за любые совершенные им погрешности, то он вполне обоснованно приходит к выводу, что и другие люди будут критиковать его поведение и что он в какой-то мере ущербный, поскольку не отвечает их требованиям. Если мать, воспитывающую его в одиночку, часто кладут в больницу с эпизодами депрессии, такой ребенок может решить, что люди, которых он любит, не будут готовы быть с ним сейчас и что он в какой-то мере ответственен за это.

Условные убеждения и компенсаторные стратегии

Люди, пережившие в детстве негативные события, находили пути совладания с ними, которые могли быть в то время достаточно адаптивными, но оказались менее полезными во взрослой жизни. Такие “компенсаторные стратегии” связаны с условными убеждениями, которые ослабляют безусловные убеждения. Например, человек, мать которого страдала приступами депрессии, мог усвоить следующее: “Если я буду полагаться на других людей, то буду брошен на произвол судьбы”, и поэтому он мог построить такой копинговый режим, в котором он полагался бы только на самого себя. А у человека, которого постоянно критиковали в детстве, могло развиться такое убеждение: “Если я пойму это совершенно правильно, то не получу за это выговор”, и поэтому он стал стремиться во всем к совершенству. Впрочем, подобные стратегии могут вполне пригодиться и во взрослой жизни. Ведь, полагаясь во всем только на самого себя, можно оставаться в безопасности, а стремление во всем к совершенству приводит к успеху.

Однако диагноз заболевания, несущего угрозу жизни, подрывает эти исходные пути безопасного поведения. Когда у человека имеется онкологическое заболевание, ему приходится полагаться на других людей, даже если это одни только лечащие его специалисты. И если это перфекционист, он захочет знать все о своем лечении и попробует удостовериться, что его лечат согласно протоколу. И для него естественным будет стремление воспользоваться теми же самыми стратегиями, которые срабатывали в прошлом, хотя они могут оказаться неэффективными.

Например, у человека, пережившего в детстве значительные периоды разлуки или жесткое обращение, могут сложиться глубинные убеждения, что мир является опасным и непредсказуемым местом обитания, где он чувствует свою уязвимость и беспомощность и где никто не вызывает у него доверия. Чтобы как-то совладать с этим, ему, возможно, пришлось выработать убеждения вроде следующих: “Если я сблизюсь с другими людьми, они ранят меня” и “Если я в состоянии контролировать свою жизнь, то буду в безопасности”. Он мог также воспользоваться компенсаторными стратегиями избегания близких отношений, чтобы не пострадать от других людей, а также гиперконтроля. Если же ему поставят онкологический диагноз, его опасения, что мир опасен и непредсказуем, могут подтвердиться, как, впрочем, и его чувство уязвимости, хотя пределы, в которых он мог бы воспользоваться привычными для него стратегиями контроля, могут оказаться более ограниченными. Более того, ему придется стать зависимым от других людей, которые его лечат и ухаживают за ним. Следовательно, его негативные убеждения относительно своей уязвимости и потере самоконтроля, могут активизироваться вместе с тревогой и депрессией.

Основные убеждения и расстройство личности

К счастью, у большинства из нас имеются позитивные убеждения и ресурсы, а также компенсаторные стратегии, которыми мы пользуемся. И хотя они не идеальны, все же оказываются вполне работоспособными значительную часть времени. Следовательно, нам все же удастся продолжать как-то жить дальше, несмотря на то, что перфекционизм, самоконтроль, зависимость от других людей, самодостаточность и прочее может в какой-то степени ограничивать наше существование. И лишь тогда, когда появляется такой основной стресс, как от онкологического заболевания, мы обнаруживаем потребность в подобных стратегиях. Люди, испытыва-

ющие серьезный пробел в своем воспитании, очень тщательно выработали систему своих негативных убеждений, но в то же время довольно скудную систему позитивных убеждений и эффективных копинговых стратегий. Такие люди большую часть времени руководствуются своими основными негативными убеждениями, и наличие у них заболевания, несущего угрозу их жизни, только подтверждает все их представления. У них могут быть слабые навыки разрешения проблем, они могут испытывать трудности, жестокое отношение к себе, неспособность удержаться на работе или страдать от социальной изоляции. И тогда рак кажется им чем-то вроде последней капли, переполнившей чашу терпения.

Столь распространенные негативные глубинные убеждения человека о самом себе, окружающем его мире и других людях обычно связаны с диагнозом расстройства личности. Люди с пограничным расстройством личности обычно испытывали эмоциональное, физическое или сексуальное насилие в детстве, и поэтому у них сложились убеждения, что они ничемные и неспособные и что другие люди будут жестоко с ними обращаться или покинут их. Ниже приведены некоторые примеры автоматических мыслей, появляющихся вследствие подобных убеждений.

- “Мое онкологическое заболевание заслуженно”.
- “Это наказание”.
- “Я не смогу с этим совладать”.
- “Люди выгодно воспользуются мной”.
- “Несправедливо, что со мной всегда случается что-то плохое”.
- “Люди отвергнут меня, поскольку у меня рак”.
- “Мне некому помочь”.

Люди с такими мыслями движутся между противоположными схемами, и поэтому они переживают быстрые изменения своего эмоционального состояния и межличностного поведения, переходя от поиска помощи вследствие уязвимости до гневного отвержения в пределах одной консультации. Компенсаторные стратегии, которыми они пользуются, зачастую оказываются дезадаптивными (они, например, исключают других людей из своей жизни, если страдают от них, занимаются самоповреждением). Когда специалистам-онкологам встречается пациент с пограничным расстройством личности, подобные реакции могут показаться им весьма запутанными.

Убеждения относительно заболевания и жизненные невзгоды

Также, как и большинство универсальных убеждений, установки по поводу здоровья и болезней также будут оказывать влияние на то значение, которое рак имеет для каждого человека и они обычно возникают на основании личного опыта или того, что человеку приходилось слышать о раке. Например, женщина, видевшая, как ее подруга облысела и стала очень больной в результате химиотерапии, вероятнее всего, будет бояться тех же самых последствий и для себя. В этом контексте большое значение имеет взаимодействие личных убеждений с убеждениями относительно болезни [Williams, 1997]. Характерным тому примером служит широко распространенное убеждение, что рак означает смерть.

Другие составляющие схемы выживания также связаны с лежащими в их основе допущениями. Некоторые наши пациенты, пережившие несколько стрессовых событий за годы своей жизни, особенно если у них был рецидив болезни, описывают свое убеждение таким образом, что “они просто не могут победить”. Например, 40-летняя разведенная женщина столкнулась с рецидивом локального рака молочной железы. Ее отец умер от карциномы печени в 1978 году, ее мать — от карциномы молочной железы в 1979 году, а ее сестра погибла в автомобильной катастрофе, когда ей было всего 15 лет. С годами у этой женщины развилось убеждение, что всякий раз, когда она чувствовала, что жить стоит, с ней должно непременно случиться что-то ужасное. Ее исходное допущение состояло в следующем: “Если я стану слишком самоуверенной, то буду за это наказана”. И это мешало ей пройти курс терапии, ведь всякий раз, когда она подумывала о том, чтобы попробовать заняться приятной деятельностью или как-то утешить себя, у нее тут же возникала мысль, что у нее может что-то пойти не так. В итоге психотерапевту пришлось опровергнуть это фаталистическое отношение, прежде чем пациентка смогла продолжить курс терапии. Это характерный пример устоявшегося убеждения о личной неспособности контролировать события, и поэтому не удивительно, что у данной пациентки развилась реакция на рак, которая выражалась в виде беспомощности и безнадежности.

Взаимодействие между онкологическим заболеванием, другими событиями в жизни и самооценкой может быть довольно сложным. Так, мужчине среднего возраста пришлось справиться с серьезной травмой у его жены,

а затем у него самого развился рак ротовой полости. И лишь тогда, когда он уволился с работы, у него появилась депрессия. В данном случае совокупный стресс вместе с особым значением, которое имела для него потеря источника заработка, составил угрозу его самооценке.

Концептуализация развития

Эмоциональные проблемы, встречающиеся в онкологии, обычно оказываются менее сильными и хроническими, чем те, которые обнаруживаются в общей психиатрической практике. АПТ проводится в течение 5–12 сессий для большинства пациентов. При такой терапии нельзя себе позволить тратить слишком много времени на прошлые переживания пациента или поиск способов изменить основополагающие черты его характера. Когнитивные техники, описанные в предыдущих главах этой книги, по существу, являются теми методами совладания, которым пациент обучается во время терапии, а после ее окончания применяет их на практике. Проблемо-разрешающие стратегии, планирование времени и оценивание негативных мыслей могут быть использованы для совладания с другими жизненными стрессами в будущем. Но все же в краткосрочной перспективе концептуализация развития может принести пользу в качестве ориентира терапии, даже если она не нацелена непосредственно на основные и условные убеждения.

Если, например, психотерапевт знает, что пациентка потеряла родителя в детстве, это может послужить ему предупреждением, что убеждения пациентки о покинутости и привязанности могут иметь для нее большое значение, а следовательно, помочь психотерапевту предвидеть реакции пациентки на терапию. Понимание того, что в детстве пациентка была свидетелем алкогольной зависимости своего родителя, и поэтому она решила никогда не терять над собой контроль, может также помочь психотерапевту осмыслить ее попытки взять свое онкологическое заболевание под полный контроль. И тогда психотерапевту может быть очень полезно поделиться этой концептуализацией развития с данной пациенткой. Кроме того, разобравшись в истории жизни пациента и его центральных убеждениях, психотерапевт может лучше осмыслить то, что могло показаться неуместным копинговым поведением. Такая сострадательная всесторонняя концептуализация может помочь ввести неясный опыт негативных реакций приспособления в контекст, понятный психотерапевту и пациенту.

Порядок совместного создания концептуализации развития

Как и все остальные методы, применяемые в когнитивной терапии, данный метод оказывается наиболее эффективным, если он реализуется при условии партнерских отношений психотерапевта с пациентом. Не существует твердо установленных правил о том, как это должно быть сделано, но в качестве хорошей отправной точки обычно служит рассказ пациента о том, как он узнал о своем диагнозе рака. Для этой цели могут оказаться полезными приведенные ниже наводящие вопросы.

- Заметил ли пациент симптомы? Какой была его первоначальная реакция? Как он с ней справился? Сказали ли он об этом кому-нибудь? Как долго это продолжалось, прежде он обратился за помощью?
- Воспринял ли он это серьезно на своей первой консультации? Как врач относился к нему?
- Как он получал плохие новости? И как он отреагировал?
- Какой курс лечения онкологического заболевания он прошел? Как он справлялся с этим? Оказывали ли ему поддержку члены его семьи и друзья?

Возникающие при этом другие темы могут быть связаны с реальными проблемами пациента, но в то же время они могут указать на глубинные убеждения (например, ощущение абсолютного отсутствия поддержки и того, что пациента никто не слышит, подвергают насилию). Как обсуждалось ранее, устное изложение пациентом своей истории может само по себе иметь терапевтическое действие и помочь переработке эмоциональной информации. Чтобы ввести реакцию пациента в соответствующий контекст, полезно далее расспросить его о семье и личной истории.

Семейная история

Ниже перечислены основные моменты, которые следует выяснить в семейной истории пациента.

1. Родители, братья и сестры, другие родственники.
2. Какова семейная история болезней вообще и рака в частности? Какое в семье отношение к болезням вообще и раку в частности?

3. Как бы пациент описал своих родителей (ему можно, например, задать такой вопрос: “Можете ли вы описать своего отца или свою мать пятью словами?”).

Личная история

Ниже перечислены основные моменты, которые следует выяснить в личной истории пациента.

1. Раннее детство.
2. Любые разлуки, болезни, случаи госпитализации и т.д.
3. Взаимоотношения с родителями, дедушками и бабушками, родными братьями и сестрами в дошкольный период.
4. Школьный период (друзья, буллинг, отказ ходить в школу, успехи в учебе).
5. Взаимоотношения в семье в начальный и средний школьный период, а также в юности.
6. История трудовой деятельности:
 - краткий рассказ о занимаемых должностях и их продолжительности;
 - взаимоотношения с коллегами по работе.
7. Психосексуальная история:
 - Сколько значимых отношений было у пациента? Как долго они продолжались?
 - Находится ли в настоящий момент пациент в каких-то отношениях? Какой характер этих отношений? (Пациенту можно, например, задать такой вопрос: “Могли бы вы описать своего партнера?”)
 - Если это уже было изложено, пациента можно спросить, каким образом онкологическое заболевание повлияло на его взаимоотношения. Возникает ли больше конфликтов с партнером? Проявляет ли партнер холодность или чрезмерную опеку? Обсуждает ли пациент со своим партнером планы на будущее?

Общий копинговый стиль

Ниже перечислены основные вопросы, по которым можно определить общий копинговый стиль пациента.

1. Узнайте о любых других стрессовых событиях в прошлой жизни пациента.
2. Каким образом пациент обычно совладевает со стрессом?
3. Что пациент думает о мнении других об его сильных сторонах?
4. Обращается ли пациент сейчас к своим сильным сторонам? Если нет, что мешает ему использовать их?

Это дает возможность собрать сведения о преобладающих и постоянных убеждениях пациента о самом себе и других людях. Эти убеждения могут быть глубинными, а также указывать на ту категорию копинговых стратегий, которыми пациент обычно пользуется на практике.

Как только эти сведения будут собраны, пациент и психотерапевт могут поработать вместе над разработкой концептуализации, возможно, пользуясь рабочим листом концептуализации, бланк которого приведен на рис. 12.1.

Концептуализация развития включает в себя следующее:

1. Значительные жизненные переживания пациента, особенно ранние.
2. Глубинные убеждения пациента о себе самом, окружающем мире, включая болезнь и смерть, и проч.
3. Правила и условные убеждения (общие и связанные с заболеванием) и другие.
4. Копинговые и компенсаторные стратегии, возникающие из этих убеждений.
5. Рак или опыт, связанный с ним, как чрезвычайное происшествие.
6. Каким образом онкологическое заболевание подвергло сомнению убеждения и стратегии пациента.
7. Как можно понять, что текущие проблемы пациента возникают от того, каким образом онкологическое заболевание подвергает сомнению его убеждения и копинговые стратегии.

На рис. 12.2 приведен пример заполнения рабочего листа концептуализации.

В этой концептуализации больший акцент делается на роли чрезвычайного происшествия, чем на традиционных для КПТ формулировках. Как показано в этой книге, критическим инцидентом может служить диагноз рака, его симптомы или смысловое значение побочных эффектов лечения. Какое бы внешнее событие ни способствовало декомпенсации у пациента, важно понимать, каким образом оно вписывается в его систему общих убеждений.

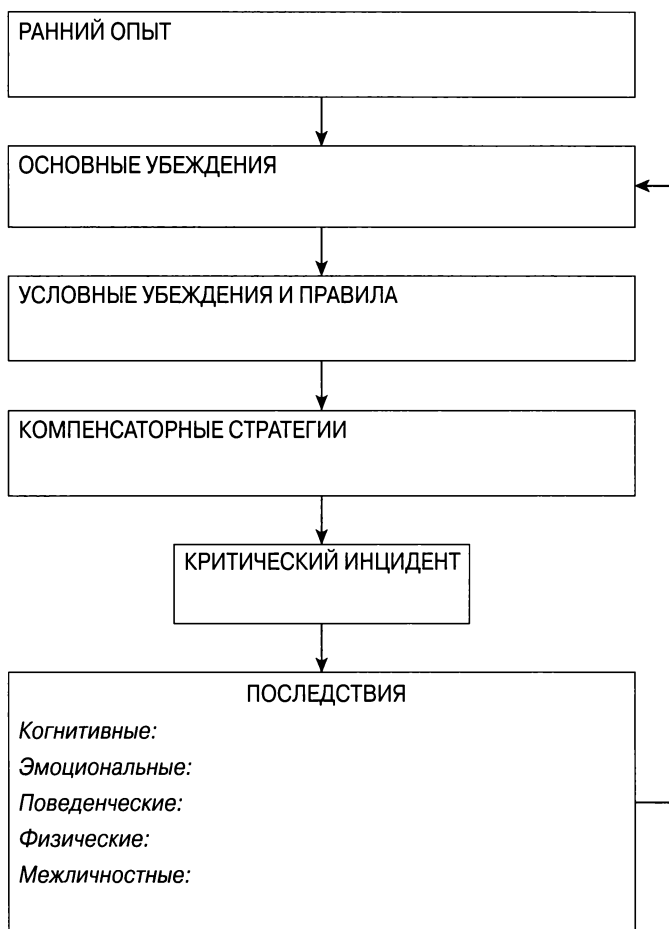


Рис. 12.1. Рабочий лист концептуализации. Первоисточник: *Feeling Good: The New Mood Therapy* by David D. Burns, M.D. Copyright © 1980 by David D. Burns, M.D. Reprinted by permission of HarperCollins Publishers

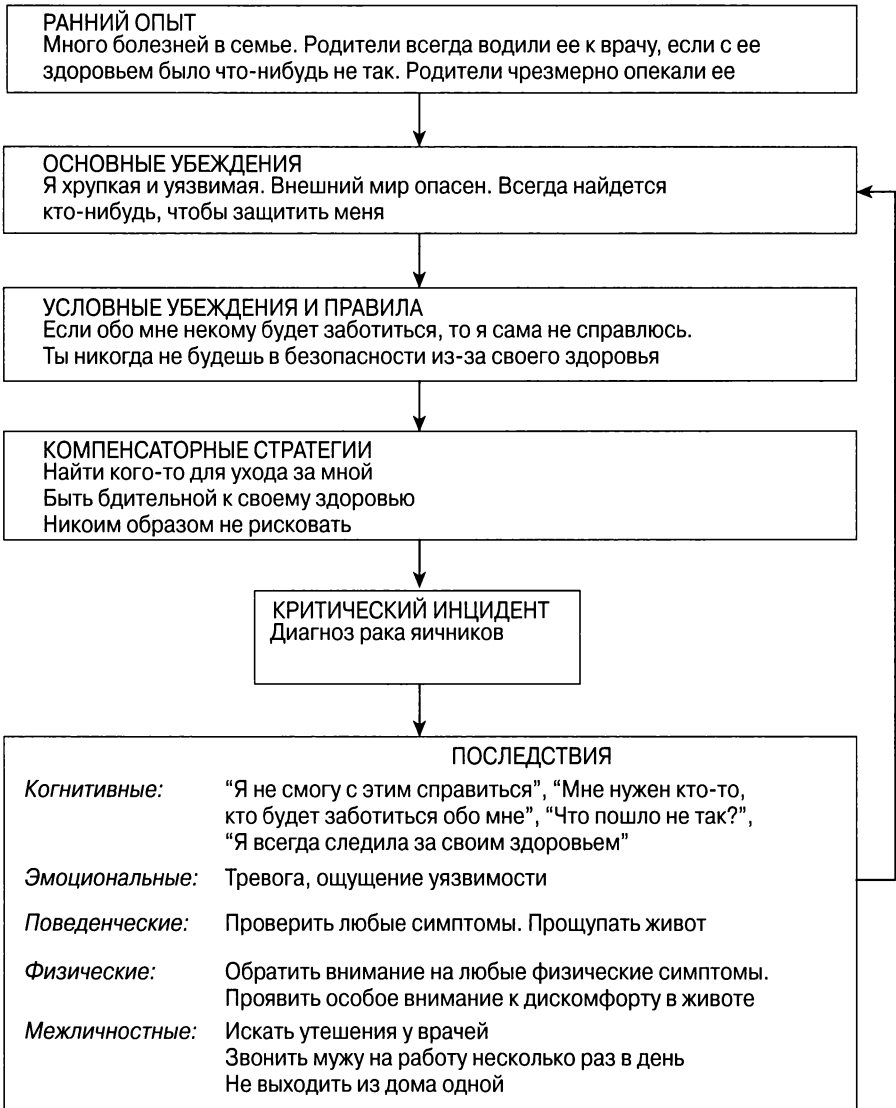


Рис. 12.2. Пример рабочего листа концептуализации, заполненного 63-летней женщиной с диагнозом рака яичников. Первоисточник: *Feeling Good: The New Mood Therapy* by David D. Burns, M.D. Copyright © 1980 by David D. Burns, M.D. Reprinted by permission of HarperCollins Publishers

Четыре способа взаимодействия опасного для жизни заболевания с убеждениями

В этом разделе вкратце описаны способы, посредством которых опасное для жизни заболевание взаимодействует с убеждениями.

1. Подвергаются сомнению позитивные убеждения и копинговые стратегии

Многие люди эффективно преодолевают трудности, выдержав немало бурь в своей жизни, но совсем другое дело — совладать с заболеванием, которое может их убить, и поэтому в уме каждого человека появляются в какой-то момент сомнения. В частности, у него возникают такие вопросы: “Сумею ли я с этим совладать? Как на меня посмотрят другие? Получу ли я помощь, которая мне требуется? Выздоровею ли я?” Большинство людей обладают замечательной жизнестойкостью и умением быстро восстановиться. Как показывает наш опыт, выявление сильных сторон и ресурсов у пациента и воспоминание о том, как он преодолевал трудности в прошлом, нередко помогают ему превратить порочный круг в благотворный спасательный круг. Работа с такими пациентами состоит в том, чтобы помочь им сначала осмыслить то, что с ними произошло, а затем обратиться к своему прежнему образу мыслей и копингу.

2. Разрушаются ригидные убеждения

Основные убеждения о том, что окружающий мир безопасен или что все обратится к лучшему, могут быть подорваны серьезным заболеванием. Пациенту требуется время, чтобы переварить потрясение от открытия, что окружающий мир не настолько доброжелателен, как ему казалось. И в этом случае работа с пациентом частично состоит в том, чтобы облегчить причиняющий боль процесс осмысления им создавшегося положения. Кроме того, у пациента могут быть условные убеждения, которые следует выявить, чтобы поработать с ними (например, такое убеждение: “Я хороший человек, и со мной ничего плохого не случится”). При этом у пациента появляется возможность обратиться к своему опыту и поэкспериментировать с более взвешенными убеждениями (например, с таким убеждением: “Мир, в общем, безопасное место обитания, но в нем случается и плохое, и на этот случай у меня есть способность к совладанию и поиску помощи и поддержки”).

3. Подвергается сомнению способность к совладанию и подтверждаются глубинные негативные убеждения

В данном случае выясняется, что глубинные негативные убеждения были ослаблены условными убеждениями и компенсаторными стратегиями, но некий аспект онкологического заболевания подействовал как критический инцидент, поставив допущения под сомнение. Характерным тому примером может служить мальчик, который растет в семье, где ценятся успехи в учебе, но его нельзя считать хорошим учеником. В итоге у него формируется глубинное убеждение, что он недостаточно хороший ученик, но в то же время он очень хороший спортсмен и хотел бы стать профессиональным футболистом. Он все же не уверен в том, оценит ли это его семья, но ему помогает не допускать никаких сомнений следующее компенсаторное убеждение: “Если я смогу добиться крупных успехов в спорте, то я буду чего-то стоить”. Когда ему был поставлен диагноз саркомы на ноге и ему ампутировали ногу ниже колена, его компенсаторная стратегия больше не могла ему ничем помочь. Его убеждения в своей никчемности подтвердились, и он впал в депрессию.

Концептуализация развития может быть использована, как описано выше, для того, чтобы понять воздействие онкологического заболевания. И это может помочь пациентам научиться оценивать бесполезность компенсаторных убеждений и поведения как с помощью метода направляемых открытий, так и благодаря экспериментам с новыми убеждениями и поведением.

4. Подтверждаются распространенные негативные убеждения

У пациентов с хронически низкой самооценкой или расстройством личности имеются глубинные убеждения, которые оказываются активными большую часть времени. Такие схемы действуют подобно фильтрам, отбирающим те стороны окружающей среды, которые подтверждают негативное представление и исключают сведения, которые его опровергают. Это относится к онкологическому заболеванию в такой же мере, как и к остальным областям жизни, и поэтому пациенты начнут автоматически вплетать истории о раке в канву своего негативного представления о внешнем мире.

Например, женщина с зависимым расстройством личности может быть убеждена, что она несостоятельна и неспособна выжить без посторонней помощи. И тогда рецидив рака молочной железы становится для этой женщины дополнительным доказательством того, какой реально тяжелой есть жизнь, и ей на самом деле нельзя надеяться на совладание со своим заболеванием в одиночку без существенной помощи со стороны родственников и медицинского персонала.

Концептуализация может помочь пациенту осмыслить свой опыт. Он может научиться распознавать схему, когда что-то ее активизирует (например, при получении счета за электроэнергию у пациента могут возникнуть мысли вроде следующей: “Это уж слишком. Я не знаю, что делать. Почему бы кому-нибудь не сделать это для меня?”), а также научиться смещать центр внимания с мыслей и чувств. Релаксация и другие методы регуляции настроения могут помочь пациенту выдержать внезапную бурю, когда его глубинные убеждения вызывают сильные эмоциональные реакции.

С помощью концептуализации можно выявить то поведение, которое появляется из схемы здесь и сейчас, поддерживая возникшую проблему. Следовательно, можно поработать над стратегией цепляния и постоянного поиска утешения, хотя эта работа и не направлена непосредственно на убеждение “Я чувствую свою беспомощность и несостоятельность”. Например, пациентка может договориться со своим партнером, что она поэкспериментирует над тем, чтобы меньше искать у него утешения, а он откажется давать его. Все четыре описанных выше способа взаимодействия онкологического заболевания с убеждениями приведены в табл. 12.1.

Таблица 12.1. Воздействие онкологического заболевания на глубинные убеждения и стратегии совладания

Убеждения и стратегии совладания	Воздействие онкологического заболевания	Терапия
Сочетание позитивных и негативных убеждений с преимущественно адаптивным копингом	Позитивные убеждения подвергаются сомнению, но все же сильные стороны и ресурсы доступны	Содействовать эмоциональной переработке Выявить копинговые стратегии, которые были раньше эффективными, и поощрять их использование

Убеждения и стратегии совладания	Воздействие онкологического заболевания	Терапия
Чрезмерно ригидные позитивные убеждения	Разрушаются допущения	Содействовать эмоциональной переработке Выявить и оценить ригидные допущения Содействовать выработке более взвешенных убеждений
Латентные негативные глубинные убеждения, с компенсаторными убеждениями и стратегиями	Компенсаторные убеждения и стратегии подвергаются сомнению и становятся заметными глубинные убеждения	Использовать концептуализацию развития, чтобы понять характер воздействия онкологического заболевания Оценить бесполезность компенсаторных убеждений и поведения Поэкспериментировать с новыми убеждениями и поведением Содействовать новому компенсаторному поведению
Основные негативные убеждения присутствующие большую часть времени	Подтверждаются негативные убеждения	Использовать концептуализацию развития, чтобы понять характер воздействия онкологического заболевания Воспользоваться методами смещения центра внимания и регуляции эмоций, чтобы помочь пациенту вынести "активную схему" Сосредоточить внимание на совладании здесь и сейчас

Работа с допущениями и глубинными убеждениями

Тестирование допущений может составлять часть завершающей фазы АПТ вместе с подготовкой к окончанию терапии и работой над предотвращением рецидивов. Как только будут выявлены эти "более глубокие"

допущения, их можно оценить, применяя когнитивные и поведенческие методы таким же образом, как и в работе с “поверхностными” когнициями. Такие методы, как поиск доказательств против убеждений, взвешивание достоинств и недостатков и проч., могут сыграть свою роль в данном процессе. Для проверки условных убеждений могут оказаться особенно полезными поведенческие эксперименты. Например, психотерапевт помог пациентке, убежденной в том, что она должна присматривать за другими людьми, чтобы придать своей жизни какую-то ценность, выявить позитивные и негативные последствия такого убеждения следующим образом:

Позитивные последствия	Негативные последствия
Я всегда востребована	У меня нет времени на себя
Я всегда могу себя чем-то занять	Иногда я что-то делаю, потому что считаю, что людям нужно чем-то заняться, а не потому что им действительно нужно что-то сделать
Я могу гордиться тем, что делаю	У членов моей семьи нет шанса взять ответственность за себя
	Я сержусь, если люди неблагодарны
	Когда мне не удастся сделать что-нибудь для людей из-за своей болезни, я впадаю в депрессию

После того, как установлены недостатки допущения, следующий шаг состоит в том, чтобы сформировать альтернативное, более здоровое убеждение (например, такое: “Если я уважаю других и себя, то они вырастут в моих глазах, а я — в их глазах”). Затем данная пациентка вырабатывает новые способы вести себя так, чтобы проверить применимость этого нового убеждения на практике. К числу экспериментов, проводимых данной пациенткой, относится отказ от попытки сразу же выручить своего сына, когда он потратит все свои деньги, а также выработка привычки спрашивать людей, что бы им хотелось, а не действовать, исходя из своего допущения, будто она знает, что им требуется, а также планирование времени для себя самой.

Заключение убеждения в рамки условной формы “Если ..., то ...” позволяет организовать и провести эксперименты для проверки этого убеждения. Кроме того, заключение нового адаптивного убеждения в такие рамки позволяет проводить эксперименты, в ходе которых активно проверяется нечто позитивное, а не только то, что опровергает негативное убеждение.

Такие убеждения зачастую глубоко укоренены, и поэтому их нельзя существенно изменить в течение краткосрочной терапии. Если же это делается в конце терапии, то остается лишь надеяться, что пациент получил четкое представление об условной форме “Если ..., то ...” убеждений, которыми он пользуется, а также усвоил стратегии, позволяющие ему продолжить после терапии работу над тем, чтобы подвергнуть сомнению эти дезадаптивные убеждения. Как было показано выше, основные убеждения обычно не подвергаются сомнению непосредственно, но эти безусловные представления пациента о самом себе, мире и других людях можно зачастую открыто обсуждать с пациентами, а также разрабатывать стратегии для самостоятельной работы пациентов в будущем.

Работа с убеждениями о заболевании

Дезадаптивные убеждения о заболевании и жизненные невзгоды способствуют эмоциональному дистрессу пациента и могут помешать его медицинскому лечению. Так, женщина, которая была убеждена, что когда она встанет с постели, то ноги у нее подкосятся, и она упадет снова (при этом у нее была такая мысль: “Я слишком самоуверенна, и буду за это наказана”), извлекла выгоду из когнитивных и поведенческих интервенций. Методом направляемых открытий удалось выявить, что на самом деле она иногда чувствовала себя уверенно, и все было хорошо. Она сумела также признать, что ее убеждение было довольно суеверным. И тогда психотерапевт предложил ей провести поведенческий эксперимент, в ходе которого данная пациентка проводила сначала один день в размышлениях о самом худшем, а другой день — в предвидении самого лучшего из того, что могло бы случиться.

Она записывала свое самочувствие и то, что фактически с ней происходило. В результате данного эксперимента пациентке удалось увидеть, что хорошее и плохое происходит независимо от ее отношения и что ее тревога уменьшилась за два дня эксперимента, хотя она и чувствовала сильное напряжение и плохое предчувствие, когда думала позитивно. Несмотря на то, что непосредственную работу над исходными допущениями лучше всего оставить на последние фазы терапии, когда пациент испытывает меньший дистресс, а концептуализация полностью разработана, но иногда разбирать убеждения о заболевании уместно на ранней фазе терапии, поскольку такие убеждения могут помешать медицинскому лечению.

Резюме

Будучи краткосрочной терапией, АПТ не предназначена для содействия изменению личности, а разработана для понимания каким образом переживания формируют глубинные убеждения. А условные допущения и возникающее из них компенсаторное поведение могут помочь, как самому пациенту, так и психотерапевту при планировании терапии. Концептуализация помогает пациенту лучше понять его реакцию на онкологическое заболевание в более широком контексте и может иметь контейнирующий эффект. Выяснение механизма взаимодействия онкологического заболевания или его лечения с убеждениями пациента для формирования уникального значения рака для данного конкретного пациента предоставляет ценную возможность понять причины его эмоционального дистресса, а также найти пути выхода из него.

Работа с парами

Трудности жизни с онкологическим заболеванием оказывают влияние не только на пациента, но и на членов его семьи, и особенно на его партнера. За последние годы все больше стали признаваться потребности членов семьи онкологических пациентов, и эта область исследований постоянно развивается. Ранние систематические исследования подтвердили клинические представления о нераскрытой психологической morbидности у партнеров онкологических пациентов (см., например, [Lichtman and Taylor, 1986; Moynihan, 1987]). Схожие факторы предсказывают morbидность, как у самих пациентов, так и у их партнеров — недостаток социальной поддержки, неопределенность, безнадежность и дистресс по поводу симптомов онкологического заболевания [Northouse et al, 1996].

Психические расстройства партнера оказывают вредное влияние на пациента. И не удивительно, что качество взаимоотношений также влияет на самочувствие пациента. Партнеры, имеющие более аффилиативные взаимоотношения [Fuller and Swenson, 1993] или активно помогающие друг другу [Pistrang and Barker, 1995], способствуют улучшению благополучия. Авторы публикации [Mellon et al, 2006] опрашивали онкологических пациентов и членов их семей в течение 1–6 лет после поставленного диагноза. В итоге пациенты сообщили, что качество их жизни улучшилось, они стали меньше бояться рецидива рака и получали большую поддержку, чем их семейные опекуны. Социальная поддержка предопределила качество жизни в обеих группах. Но если качество жизни пациентов, перенесших рак, предопределили семейные факторы, вызывающие стресс, смысловое значение онкологического заболевания и профессиональный статус, то на качество жизни семейных опекунов больше всего влиял страх рецидива заболевания. Имеются самые разные виды парно-ориентированной терапии. Авторы исследования [Zaider and Kissane 2010] проанализировали эффективность этих видов терапии, как на ранней стадии рака молочной и предстательной железы, так и на поздней стадии онкологического заболевания.

Главная цель привлечения партнера пациента к АПТ состоит в устранении психологического дистресса у обоих партнеров и в их взаимоотношениях. Этого можно добиться, главным образом, повышая качество их взаимоотношений. Если взаимоотношения уже прочные, то партнер может действовать как “помощник психотерапевта”, помогая, в частности, пациенту выполнять назначаемые ему задания между сессиями.

Не все пациенты хотят, чтобы их партнер был привлечен к терапии. Некоторые из них предпочитают исследовать свои чувства и проблемы, связанные с онкологическим заболеванием, только вместе с психотерапевтом. Очевидно, что желание пациента имеет первостепенное значение. Во время первой сессии АПТ поднимается вопрос возможного привлечения партнера к терапии, и если пациент соглашается с этим, то партнер приглашается к участию на последующих сессиях. Мы придерживаемся гибкого подхода к данному вопросу, предоставляя пациенту и его партнеру самим решать, сколько совместных сессий терапии они желают пройти.

В этой главе будут рассмотрены следующие вопросы.

- Как содействовать открытому общению пациента со своим партнером.
- Природа схем взаимоотношений при онкологическом заболевании.
- Основные когнитивные методы для работы с парами.
- Примеры проблем, испытываемых парами, и пути их разрешения.
- Способы привлечения партнера в качестве помощника психотерапевта.
- Методы терапии сексуальной дисфункции.

Содействие открытому общению

Следует заметить, что в большинстве случаев интимные отношения нарушаются из-за переживания онкологического заболевания. На самом деле в некоторых случаях эти отношения даже улучшаются, поскольку травма, нанесенная онкологическим заболеванием, сближает пациента с его партнером [Morris et al, 1977; Hughes, 1987; Zuccherо, 1998]. Но, как обсуждалось в главе 1, имеются все же доказательства ухудшения интимных отношений у значительного числа пациентов. И главной причиной такого ухудшения служит недостаток общения между пациентом и его партнером [Lichtman and Taylor, 1986].

Автор исследования, описанного в [Hilton, 1994], выявил три основных паттерна поведения в обсуждении страхов и сомнений в супружеской паре, где жене был недавно поставлен диагноз рака молочной железы. Первый касался того, что пара пришла к согласию об открытости в обсуждении онкологического заболевания. Второй паттерн, связан с договоренностью не обсуждать онкологическое заболевание друг с другом. Третий паттерн поведения заключался в том, что партнеры имели разные представления об открытом обсуждении своих чувств. Именно в этой последней группе проявилось больше всего трудностей в общении. В итоге выборочное открытое раскрытие партнеров было воспринято как наиболее удовлетворительный паттерн поведения.

Некоторые препятствия к общению были описаны в [Wortman and Dunkel-Schetter, 1979]. Пациенты и их партнеры нередко принимают веселый, но обманчивый внешний вид, за которым скрывается то, что они на самом деле чувствуют. Реакции партнеров определяются их чувствами страха по поводу онкологического заболевания и убеждением, что они должны быть веселы и оптимистичны. В итоге дела у партнера могут разойтись со словами: поддерживая пациента на словах, он в то же время избегает любого обсуждения онкологического заболевания, а то и самого пациента. Это может оказать на пациента такое влияние, что он почувствует свою отверженность и перестанет себя ценить по достоинству. Чтобы вернуть себе сочувствие и любовь партнера, пациент может попытаться подавить все свои негативные чувства, связанные с онкологическим заболеванием.

Содействие выражению мыслей и чувств по поводу онкологического заболевания

Чтобы преодолеть препятствия к общению, очень важно побудить обоих партнеров свободно выражать все свои чувства, включая гнев, страх и печаль. Для содействия выражению эмоций могут применяться методы, описанные в главе 7. Мы обычно начинаем с просьбы к онкологическому пациенту рассказать о своих чувствах. После того, как мы узнали о реальном самочувствии пациента, мы побуждаем его партнера открыто выразить свои чувства аналогичным образом. И зачастую пациент с удивлением обнаруживает, что за веселым внешним видом его партнера скрывается тревожная озабоченность и печаль. Такое открытие может послужить для пациента доказательством того, насколько сильно его партнер заботится

о нем. Более того, пациент может почувствовать от этого меньшую безнадежность и большую уверенность в том, что он сейчас может сделать что-то, чтобы помочь и успокоить своего партнера.

Слушание и эмпатическая коммуникация

Когда психотерапевт инициирует подобным образом эмоциональное общение, оно обычно дает паре возможность конструктивно обменяться своими сомнениями и опасениями. Если пара эффективно общалась в прошлом, то препятствия, установленные онкологическим заболеванием, могут быть устранены, и они могут продолжить говорить о своих чувствах после сессии. Однако некоторым парам не удавалось поговорить по душам и до диагноза онкологического заболевания. В таком случае обоим партнерам необходимо попрактиковаться слушать друг друга, а также выражать свои чувства на терапевтической сессии. Ниже перечислены признаки того, что обоим партнерам необходимо обучиться навыкам общения.

- Один партнер прерывает или не дает договорить другому, например, потому что ему трудно переносить сильные эмоции или потому что ему требуется контролировать своего партнера.
- Один партнер рассказывает другому, что тот чувствует (чтение чужих мыслей).
- Выражение чувств сопровождается взаимными упреками или обвинениями.
- Оба партнера говорят одновременно.

Психотерапевт просит пару по очереди описать свои мысли и чувства друг другу. Того партнера, который слушает, психотерапевт наставляет задавать вопросы, чтобы он как можно яснее понял, что переживает его партнер, как бы настроившись на его волну. Психотерапевт показывает обоим партнерам, как эмпатично реагировать при помощи невербальных жестов, повторять или перефразировать слова партнера (мысленная эмпатия), а также давать обратную связь, показывая, насколько понятны чувства партнера (чувственная эмпатия). Первоначально психотерапевту, возможно, придется смоделировать ситуацию, показав, как нужно слушать и реагировать, а затем позволить паре попробовать сделать это самим. Партнер, выразивший свои чувства, может ответно отреагировать, показав, был ли он услышан и понят правильно. После ответной реакции упражнение можно повторить.

Такое обучение общению может быть особенно полезным для того партнера, у которого могло возникнуть искушение контролировать, подорвать или обесценить переживание онкологического пациента, причем зачастую с самыми благими намерениями. Авторы публикации [Simonton et al, 1978] отметили, что “единственное и самое важное, что может дать семья, — это желание пережить все это вместе с пациентом”. Но здесь существует одна опасность для партнера реагировать так, как будто пациент становится слишком зависимым от него. Ниже приведен характерный тому пример.

<i>Пациент:</i>	“Я боюсь лечения. Я реально его не хочу. Я не думаю, что оно мне поможет”.
<i>Ответ как ребенку:</i>	“Ты же знаешь, что тебе придется теперь его пройти. Тебе не будет больно. Оно пойдет тебе на пользу. И больше ничего не собираюсь слышать об этом.”

Автор упомянутой выше публикации предложил другой ответ:

<i>Поддерживающий ответ:</i>	“Я знаю, как ты себя чувствуешь. Лечение пугает и меня, и я действительно не понимаю все, что с ним связано. Но мы в этом с тобой едины. Я пройду его вместе с тобой и помогу тебе всем, чем только смогу”.
------------------------------	---

Пациенту и его партнеру, возможно, придется выделить время на беседу и упражнение в слушании друг друга подобным способом в качестве домашнего задания.

Когнитивные техники

В этом разделе рассматриваются когнитивные техники, применяемые для работы с парами.

Схемы взаимоотношений

Как обсуждалось в предыдущих главах, все мы вносим во взаимоотношения определенные допущения и ожидания, исходя из нашего прежнего опыта. У нас имеются негласные правила относительно поведения в семье, усвоенные нами в детстве. Эти правила обычно отражают культурные и социальные нормы, но в каждой семье имеется также своя особая система правил. К некоторым культурным стереотипам относятся такие убежде-

ния, как, например: “Место женщины в доме”. Особые семейные правила намного более переменчивы и включают в себя убеждения, подобные следующим: “Родители должны всегда делать все, что только могут для своих детей” или “Родителям следует ожидать, что их дети будут со всем справляться сами, иначе они никогда не смогут твердо стоять на своих ногах”. Такие правила редко обсуждаются. Они отражают ожидания того, как должно быть. Самый важный набор убеждений связан с болезнью и реакцией на нее семьи [Williams, 1997]. Если у пациента и его партнера разные убеждения, это может вызвать определенные трудности. Такие убеждения нередко подразумевают допущения относительно того, что онкологический пациент и члены его семьи должны думать, чувствовать и как себя вести. Ниже приведены характерные тому примеры.

Различные допущения об отношении к онкологическому заболеванию

Вам <i>всегда</i> следует думать позитивно	Вам следует ожидать, что если у вас рак, вы все время будете печальны
--	---

Различные допущения о выражении эмоций

Лучше не говорить о своих чувствах	Вам следует дать как можно больший выход своим чувствам
------------------------------------	---

Выражение чувств служит знаком слабости	Выражение негативных эмоций естественно
---	---

Различные допущения о поведении, связанном с заболеванием

Когда вы больны, то должны позволить своей семье взять на себя заботу о вас	Мне следует быть идеальной матерью, даже если я больна
---	--

Если я буду работать слишком быстро, от этого рак может возобновиться	Все должно вернуться к норме как можно скорее
---	---

Если члены семьи не вербализируют свои убеждения, они допускают, что другие члены семьи пользуются теми же самыми правилами. И тогда они неверно интерпретируют поведение друг друга, неточно приписывая людям их мотивы. Так, если партнер женщины с онкологическим диагнозом убежден, что выражать сильные чувства — знак слабости, он может и не показать свое огорчение по поводу случившегося с ней. А она, в свою очередь, может истолковать его стоицизм, как знак того, что он не заботится о ней. В приведенных ниже случаях 1 и 2 наглядно показывается, каким образом неверные интерпретации и неправильные допущения могут привести к трудностям во взаимоотношениях.

Когда качество взаимоотношений на какое-то время ухудшается, дезадаптивные убеждения и формы поведения закрепляются. Приписывание партнеру определенных причин его поведения становится глобальным и обобщенным. Так, неспособность что-нибудь запомнить приписывается тупости, вспышка раздражения — жестокости, а чувство сильной усталости, когда нужно сделать уборку в доме, рассматривается как признак лени. Столь жесткие схемы образуют шаблон, в котором пара постоянно ищет подтверждение своим негативным представлениям друг о друге, пренебрегая сведениями, не вписывающимися в конкретную схему. В описанных далее случаях 3 и 4 показано, каким образом негативные мысли могут создавать довольно искаженную картину поведения партнеров.

Противодействие неверным интерпретациям

На первом этапе следует произвести когнитивно-поведенческий анализ проблем во взаимоотношениях пары. Психотерапевт спрашивает каждого партнера по отдельности о его представлении об их взаимоотношениях, что он думал и делал, что делал его партнер и что это значило для них. Взаимоотношения между партнерами можно изобразить на бумаге или белой доске, как показано на рис. 13.1.

Случай 1

Подвергнувшись мастэктомии, молодая женщина потеряла всякий интерес к сексу. Она чувствовала себя подавленной и вялой, а ее негативные мысли были сосредоточены на образе ее поврежденного операцией тела: “Я настолько непривлекательна, что он, возможно, больше не захочет меня”.

Когда ее муж сделал сексуальный подход, она отказала ему, подумав: “Он просто сочувствует мне, а на самом деле он не может меня хотеть”. Не осознавая автоматические мысли этой женщины, ее муж стал ловить себя на такой мысли: “Ее сексуальные желания исчезли. Она фригидна”. В итоге он отказался от сексуальной активности.

Простого построения диаграммы когнитивно-поведенческого анализа, пример которой приведен на рис. 13.1, может быть достаточно, чтобы супружеская пара подкорректировала свои неверные интерпретации. Если же потребуются дальнейшая работа, то следующий шаг может состоять в том, чтобы выявить возможные когнитивные искажения. Так, случай 1 наглядно показывает типичное когнитивное искажение, называемое *произ-*

вольным выводом. Каждый из партнеров допускает, что ему понятны мотивы действий другого партнера, но он понимает их неверно. Столь предвзятое “чтение чужих мыслей” можно обсудить с супружеской парой, указав на недостатки поспешных выводов.

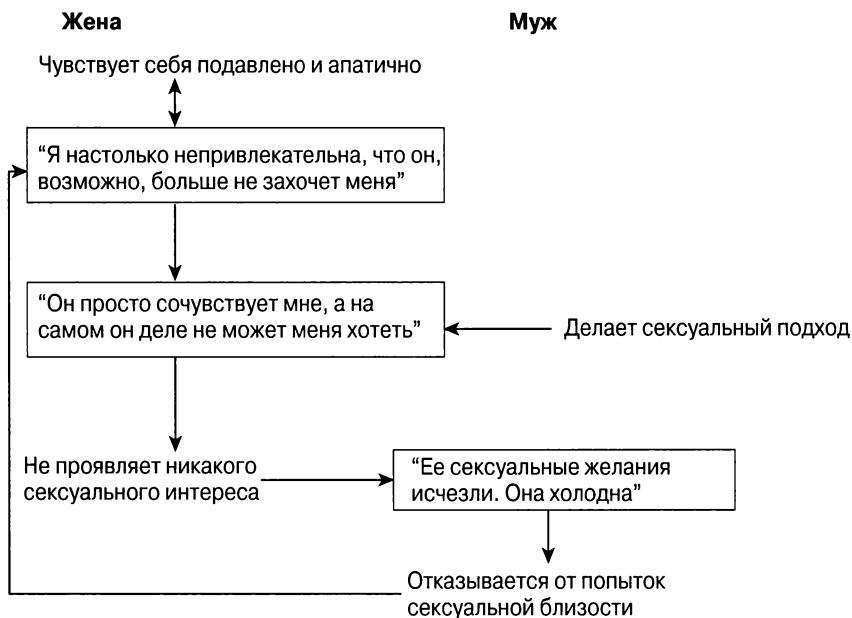


Рис. 13.1. Когнитивно-поведенческий анализ взаимоотношений между пациенткой и ее мужем из случая 1

В некоторых случаях, возможно, потребуется прибегнуть к когнитивным методам, чтобы оценить мысли и убеждения пары. С этой целью можно применить все стандартные методы, включая тестирование реальности, поиск альтернатив и проч. (см. главу 9). Как только межличностные правила будут выявлены, можно исследовать затраты и выгоды от жизни по этим правилам.

Случай 2

Женщина с онкологическим диагнозом всегда была доминирующим партнером в супружеских взаимоотношениях. Ее муж был пекарем, которому приходилось много работать. Он обычно приходил домой после рабочего дня, ожидая, что его обед уже готов. Ему было трудно совладать

с зависимым положением его жены, тогда как она чувствовала себя отверженной из-за его гнева. Оба партнера пользовались характерными когнитивными искажениями, как показано ниже.

<i>Муж:</i>	Если она уже выписалась из больницы, значит, она должна чувствовать себя хорошо (<i>мышление в стиле "все или ничего"</i>).
<i>Пациентка:</i>	Он больше меня не любит (<i>произвольный вывод</i>)

После того, как психотерапевт помог этой супружеской паре иначе интерпретировать создавшуюся ситуацию, он составил вместе с ними план действий. И что теперь супругам делать с этими новыми знаниями? Супружеская пара, упомянутая в случае 1, могла бы решить, что им следует проводить некоторое время вместе, просто обнимаясь и показывая привязанность, но без сексуальной активности, чтобы продемонстрировать, что они все еще не равнодушны друг к другу. Приближение к интимным отношениям таким, ничем не угрожающим способом могло бы помочь им восстановить взаимное доверие, а следовательно, и сексуальные отношения. А супружеская пара, упомянутая в случае 2, могла бы согласиться на определенный компромисс: жена больше показывала бы своему мужу, что она активно занята поправкой своего здоровья, а муж больше ухаживал бы за ней, признавая, что она еще не вполне поправилась и требует ухода за собой.

Назначая поведенческие задания, психотерапевты нередко пользуются принципом “дать, чтобы получить”. Когда партнеры обижаются друг на друга, то уступить другому партнеру оказывается нелегко, и поэтому более правомерно было бы заключить договор, по которому каждый партнер соглашается сделать что-нибудь для другого. Если же оба партнера стоят на совершенно противоположных позициях, как было показано в случае 2, то средняя позиция может помочь им почувствовать, что они что-то выигрывают от взаимных уступок. В представленных ниже случаях 3 и 4 описаны некоторые способы работы с более заостренными схемами взаимоотношений.

Случай 3

У молодой женщины был рак молочной железы, не отвечающий на лечение. За день до этого ее муж вывихнул лодыжку. Он попросил ее отвести его в магазин, чтобы купить немного сигарет, на что она подумала: “Почему он не может сходить в магазин сам? Он считает, что я должна это сделать

как само собой разумеющееся. Вместо того чтобы высказаться честно, она резко возразила: “Я еще не одета, это может подождать до после полудня”. Это вынудило ее мужа настоять на своем, и, в конечном счете, ей пришлось уступить ему. В итоге обнаружилось, что оба партнера действовали по схемам, где они воспринимали друг друга как должное, и поэтому не ценили и не чувствовали взаимной поддержки. Терапия состояла в демонстрации подобных схем и побуждении этой супружеской пары больше думать о том, каким может быть восприятие этой ситуации у другого партнера. Другая составляющая терапии этой супружеской пары включала в себя поиск более адаптивных способов выражения их чувств, когда с ними плохо обращаются, не прибегая к языку эмоций, который неизбежно огорчит партнера.

Финальная интервенция была проведена для этой супружеской пары на поведенческом уровне. Пациентка постоянно говорила о своем онкологическом заболевании и признала, что у нее оставалось мало времени на что-нибудь другое. Ее взаимоотношения с мужем приобрели негативный характер. Чтобы улучшить взаимоотношения, возможно, стоит просто дать обоим партнерам высказать все, что они хотят, а затем содействовать тому, чтобы они обменивались позитивными примерами поведения.

Случай 4

Женщина с диагнозом рака шейки матки проходила курс АПТ, чтобы избавиться от тревоги. В начале терапии стало ясно, что у нее сложилась негативная схема по отношению к своему мужу, которого она воспринимала как старого, докучливого и властного (ей было 50 лет, а он был на 10 лет старше ее). Это глобальное негативное представление было настолько сильным, что она истолковывала все его попытки поддержать ее весьма своеобразно. Он стремился ухаживать за ней и старался, чтобы она не перенапрягала себя. Но она думала, что тем самым он показывал ей, что относится к ней “как к престарелой”, поскольку он старше ее, и ему требуется “престарелая жена”. Когда он спрашивал ее, как она себя чувствует, она рассматривала такой вопрос как доказательство того, что ему фактически хотелось, чтобы она оставалась больной и зависимой от него. Эта распространенная негативная схема служила причиной того, что данная пациентка искажала все факты, касавшиеся поведения ее мужа.

В ходе терапии была предпринята попытка сосредоточить основное внимание на описанной выше проблеме в супружеских отношениях, и поэ-

тому на совместных сессиях терапии были накоплены доказательства того, что муж пациентки действительно заботился о своей жене и был напуган состоянием ее здоровья. Однако пациентка отказалась изменить свои убеждения, которые, по-видимому, появились у нее задолго до постановки онкологического диагноза, и поэтому АПТ завершилась неудачно. В связи с этим возникают вопросы, касающиеся эффективности АПТ, когда проблемы во взаимоотношениях партнеров имеют глубокие корни. Оглядываясь назад, может быть, лучше было бы поработать с данной пациенткой отдельно, уделив основное внимание исключительно ее индивидуальным копинговым стратегиям.

Партнер в качестве ко-терапевта

Работа над коммуникацией и когнитивной реструктуризацией требуется не для всех пар. Если у пациента сложились хорошие взаимоотношения со своим партнером, который проявляет участие к нему, то своим присутствием на сессии терапии партнер может оказать помощь и даже действовать в качестве ко-терапевта. Партнер может внести ценный вклад в лечение пациента самыми разными перечисленными ниже способами.

1. Позволить пациенту выразить негативные чувства в атмосфере принятия.
2. Участвовать в домашних заданиях, назначаемых пациенту для самостоятельного выполнения.
3. Помогать пациенту принимать решения.
4. Обеспечивать практическую поддержку, когда это требуется.
5. Побуждать пациента к совместной деятельности и принимать в ней участие.
6. Помогать пациенту восстановить свою самооценку и контроль над своей жизнью, побуждая его выполнять те задания и занятия, которые ему доступны.
7. Придерживаться позитивной установки относительно исхода заболевания пациента.
8. Напоминать о прежних сильных сторонах, интересах и позитивном опыте, о которых пациенту, возможно, нелегко вспомнить самому.

Терапия сексуальной дисфункции

Имеются документально подтвержденные доказательства нарушения сексуального функционирования у значительной доли пациентов с диагнозом рака молочной железы [Wilmoth and Botchway, 1999], кишечника [Devlin et al, 1971; Williams and Johnston, 1983], женских половых органов [Wilmoth and Botchway, 1999; Jensen et al, 2004], предстательной железы [Potosky et al, 2005], а также яичек [Rieker et al, 1985; Moynihan, 1987]. К основным причинам сексуальной дисфункции относятся следующие.

- Потеря самооценки в результате хирургического вмешательства, изменяющего внешность (например, колостомии, мастэктомии), или ощущение пациентом своей “нечистоты” или зараженности вследствие онкологического заболевания.
- Физические последствия онкологического заболевания (например, боль, кровотечение, потеря веса) и его лечения (например, повреждение нервов при абдоминоперинеальной резекции), усталости, тошноты или гормональных изменений, вызванных химиотерапией и радиотерапией.
- Психические расстройства и психологические состояния в связи с онкологическим заболеванием (например, депрессия, чувство беспомощности, тревожная озабоченность по поводу заболевания и его рецидива).
- Недостаток коммуникации пациента с его партнером (см. выше).
- Прежние взаимоотношения или сексуальные сложности.

Разумеется, перечисленные выше причины не являются взаимно исключающими.

Лечение сексуальной дисфункции в контексте АПТ можно вкратце описать следующим образом. Сначала пациент и его партнер должны рассказать историю своих сексуальных отношений как часть медико/психиатрической истории. При этом очень важно осведомиться о сексуальной адаптации поскольку большинство пациентов не рассказывают о проблемах в этой области, если не спросить их об этом специально. Как только будет установлено наличие сексуальной дисфункции, далее следует поинтересоваться, вызывает ли эта дисфункция дистресс у пациента или его партнера. Как показывает наш опыт, а также опыт других исследователей [Andersen,

1986], сексуальная дисфункция совсем не обязательно является источником психологического дистресса у пациентов и их партнеров. Очевидно, что терапия показана лишь в тех случаях, когда сексуальная дисфункция вызывает определенные проблемы.

Терапия сексуальной дисфункции основывается на когнитивных и поведенческих методах. Для проведения такой терапии очень важно побуждать пациента и его партнера к открытому общению и выражению чувств, как было описано ранее. Для исправления заблуждений и ослабления любых страхов (например, по поводу того, что секс может привести к возобновлению онкологического заболевания) должна быть предоставлена точная информация.

Подобным образом можно противостоять негативным предположениям о занятиях сексом. Партнерам рекомендуется вернуться к сексуальной жизни, как только им позволит здоровье пациента и появится на то желание. Если же секс невозможен по медицинским причинам, полезно провести когнитивную реструктуризацию, а также исследовать способы, посредством которых пара сможет восстановить физическую близость и доставлять друг другу сексуальное удовольствие без полового акта. И, наконец, авторы публикации [Masters and Johnson, 1970] рекомендуют поведенческие методы, подходящие для случаев некоторых сексуальных расстройств вроде психогенной импотенции или вагинизма.

Случай 5

Этот случай наглядно показывает, как работа с парами интегрирована в курс АПТ. У 32-летнего мужчины развилась болезненная опухоль на левом яичке. Сначала у него была диагностирована первая стадия (раннее заболевание) семиномы, а затем проведена орхидэктомия и далее курс радиотерапии. Несмотря на полученный отличный прогноз, пациент стал все больше впадать в депрессию, и поэтому он обратился к психиатру через два месяца после завершения курса радиотерапии.

У данного пациента было нормальное детство и один брат, успешно вылечившийся от семиномы. В истории его семьи и его лично не было никаких психических заболеваний. Данный пациент проработал 10 лет в цехе покраски автомобильных кузовов распылением. Он был женат 8 лет, и него был 5-летний сын. Свой брак он описал как вполне счастливый до тех пор, пока замкнутое и молчаливое поведение данного пациента не привело к отчужденности в семье за несколько месяцев до обращения к психиатру.

Жена данного пациента описала его личность до клинического лечения как рассудительную, вполне уравновешенную и довольно пассивную.

Психиатрическое обследование выявило, что депрессия, вялость, апатия, потеря полового влечения, утрата интереса и бессонница нарастала у данного пациента в течение четырех месяцев. Пациент не чувствовал себя в состоянии вернуться на работу. Он проявлял двигательную заторможенность, говорил тихим монотонным голосом и был явно подавлен. Он даже признал, что у него были некоторые мысли о самоубийстве. В итоге ему был поставлен диагноз депрессивное расстройство личности и прописано принимать по 100 мг флувоксамина на ночь. Однако пациент перестал принимать это лекарство уже после двух доз из-за его побочных эффектов.

На первую сессию терапии пациент пришел один, а на пять последующих — вместе со своей женой. В ходе АПТ были выявлены автоматические мысли пациента и его жены, после чего их обучили противодействовать подобным мыслям и вести их ежедневную запись.

Пациент

Автоматическая мысль: Я уже не тот больше, что был раньше, поскольку у меня рак, и поэтому не смогу вернуться на работу.

Рациональная реакция: Мой страх вернуться на работу возник из-за моих чувств о себе самом в связи с тем, что у меня рак, а не из-за самой болезни. Мне сказали, что теперь у меня нет никаких признаков рака и поэтому мои шансы довольно хороши.

Жена пациента

Автоматическая мысль: Он совсем изменился после больницы. Это онкологическое заболевание сделало его совершенно замкнутым, и, откровенно говоря, я думаю, что он перестал меня любить.

Рациональная реакция: Диагноз рака и удаление яичка, должно быть, стало для него настоящим потрясением. Требуется время, чтобы пережить это.

Пациенту настоятельно рекомендовали составить план своей ежедневной активности и, в частности, заняться такой деятельностью, которая доставила бы ему удовольствие или удовлетворение достигнутым. Значи-

тельные совместные усилия были посвящены выявлению сильных сторон пациента, чтобы на их основании построить дальнейшую терапию. Например, после первоначального сопротивления, когда пациент решительно не согласился с тем, что он неспособен вообще ничего делать, его убедили взять с собой сына на улицу и поиграть с ним в футбол, а также сделать косметический ремонт в ванной. Он нашел, что такая деятельность подняла его самооценку и доставляла ему удовольствие. В итоге его настроение поднялось, а его жена сообщила, что он посвистывал в ванной, чего он не делал уже несколько месяцев.

В течение совместных сессий терапии было оказано содействие налаживанию общения данного пациента с его женой. Жене пациента удалось сказать ему, что она стала подавленной и злой потому, что он закрылся от нее и, по-видимому, сдался.

До терапии ей не удалось дать ему знать о своих чувствах, поскольку она чувствовала, что не имеет права жаловаться, принимая во внимание его онкологическое заболевание. Тем не менее, она ожидала, что он догадается об ее чувствах и без всяких слов (это произвольный вывод по Беку). На самом же деле пациент понятия не имел, что чувствовала его жена.

Еще один запрос возник в связи с тем, что пациент считал свою жену слишком доминирующей. Он думал, что это черта ее характера, которую вряд ли можно исправить. Но его жена не стремилась быть такой, хотя и чувствовала, что ей придется взять на себя эту роль из-за нежелания ее мужа принимать важные решения (в этой связи у нее было такое убеждение: “Он всегда оставляет все на мое усмотрение”). В ходе откровенного общения пациент и жена признали эти затруднения и научились их преодолевать.

Недостаток ассертивности у пациента вызывает трудности не только в его браке, но и на работе в течение нескольких лет. Он, в частности, возмущался тем, что на его работе не было принято никаких мер предосторожности против вдыхания распыленной краски. Но он никогда не выражал свою озабоченность и возмущение по этому поводу, боясь, что выйдет из себя и, в конечном счете, потеряет работу.

В ходе АПТ мы отрепетировали, каким образом данному пациенту следует выражать свою озабоченность по поводу охраны труда своему начальнику. После 5-месячного перерыва он вернулся на работу непосредственно перед окончанием курса АПТ. Ему удалось поговорить с начальником, вежливо настояв на том, чтобы ему предоставляли для работы защитные маски. В итоге, его самооценка заметно возросла.

В табл. 13.1 и 13.2 показано влияние АПТ на показатели по госпитальной шкале тревоги и депрессии (HADS), шкале психологической адаптации к раку (MACS) и по шкале психологической адаптации к заболеванию (PAIS), полученные от данного пациента и его жены. Из табл. 13.1 можно сделать четкий вывод, что тревога и депрессия данного пациента заметно ослабли, он стал менее беспомощным, большинство симптомов у него исчезли, как было определено по Роттердамскому опроснику симптомов (RSCL), а его психологическая адаптация улучшилась, на что указывают более низкие показатели по PAIS. Как следует из табл. 13.2, уровень депрессии у жены данного пациента снизился, а ее уровень тревоги остался почти таким же как и был. Любопытно, что улучшение, наблюдавшееся у обоих партнеров после шести сессий АПТ, сохранилось в течение последующих месяцев.

Таблица 13.1. Показатели АПТ пациента в случае 5

	До терапии	После терапии	Через 4 месяца после терапии
HADS	8	0	2
Депрессия	7	1	5
Тревога	44	51	52
MACS	13	6	7
Боевой дух	21	21	17
Беспомощность	17	16	14
Тревожная озабоченность	19	5	4
Фатализм	58	37	40
Rotterdam Symptom Checklist			
PAIS			
Общий показатель			

1. HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale [Zigmond and Snaith, 1983].
2. MACS — Mental Adjustment to Cancer Scale [Watson et al, 1988].
3. RSCL — Rotterdam Symptom Checklist [de Haes et al, 1987].
4. PAIS — Psychosocial Adjustment to Illness Scale [Derogatis, 1983].

Таблица 13.2. Показатели АПТ жены пациента в случае 5

	До терапии	После терапии	Через 4 месяца после терапии
HADS	7	2	2
Депрессия	10	7	8
Тревога	52	46	44
PAIS			
Общий показатель			

1. HADS — Hospital Anxiety and Depression Scale [Zigmond and Snaith, 1983].
2. PAIS — Psychosocial Adjustment to Illness Scale [Derogatis, 1983].

Резюме

С согласия пациента и там, где позволяют обстоятельства, его партнера следует привлечь к АПТ. На совместных терапевтических сессиях должны решаться перечисленные ниже задачи.

1. Побуждение к открытому выражению чувств.
2. Содействие общению между партнерами.
3. Выявление дезадаптивных взаимоотношений.
4. Выявление когнитивных искажений и противодействие автоматическим мыслям.
5. Побуждение к взаимовыгодному поведению.
6. Терапия сексуальной дисфункции, там, где она необходима.

КПТ на продвинутых и терминальных стадиях заболевания

Ныне КПТ все больше используется для пациентов с продвинутыми стадиями рака и при паллиативном лечении [Mannix et al, 2006; Sage et al, 2008; Moorey et al, 2009]. На протяжении всей этой книги мы, ее авторы, попытались показать, каким образом когнитивно-поведенческие методы могут помочь широкому кругу пациентов с разными формами рака и разным жизненным опытом. В этой главе мы рассмотрим ряд особых вопросов, возникающих при лечении пациентов с продвинутыми стадиями рака.

Лечение у пациентов с онкологическим диагнозом на ранней стадии может породить надежду на продолжительную ремиссию или излечение, после чего у них могут наблюдаться значительные периоды жизни без признаков онкологического заболевания. Психологические проблемы на данной стадии хорошо разрешаются посредством КПТ. Негативные мысли, переживаемые пациентами, нередко оказываются явно искаженными, и для противодействия им нужны соответствующие доказательства. Так, у пациента могут быть нереалистичные убеждения относительно эффективности лечения, воздействия побочных эффектов на его жизнь или его способности к совладанию. Обычно в таком случае очень полезно выявить и протестировать подобные убеждения путем оценивания соответствующей информации или организовать поведенческие эксперименты. Как только пройдет первое потрясение от поставленного диагноза, пациенту совсем не трудно помочь вернуться к своим старым копинговым стилям.

Но если онкологическое заболевание не поддается лечению или если оно возобновляется, то последующая деморализация пациента представляет собой намного большую трудность. При продвинутой стадии рака происходят три перечисленных ниже процесса, способных оказывать влияние на психологическую реакцию пациента.

1. Заболевание может присутствовать, но в скрытой форме, или же медленно развиваться. Некоторые люди обладают способностью буквально игнорировать существование у них раковой опухоли, не отрицая этого. Они выборочно обращают внимание на те стороны своей жизни, которые не связаны с онкологическим заболеванием. Однако многих пациентов пугает и расстраивает знание о наличии у них раковой опухоли. Они не могут понять, почему нельзя ее удалить или почему ее нельзя совсем искоренить в результате определенного лечения. И это приводит к тревожной озабоченности по поводу текущего состояния онкологического заболевания и возможного его распространения.
2. Прогрессирующая болезнь неизбежно порождает сомнение в эффективности дальнейшего лечения, а в конечном итоге — в выживании.
3. Лечение некоторых форм рака оказывается эффективным, хотя и не приводит к устойчивой ремиссии. Это характерно для миеломы и лейкемии, но может случаться и с солидными опухолями. По мере увеличения рецидивов поддерживать боевой дух у пациента становится все труднее.

Совсем не обязательно онколог так понимает влияние стадии болезни на эмоциональные реакции пациента, как это понимает пациент. Некоторым людям с продвинутой стадией рака могут и не сообщить прогноз их онкологического заболевания, а, возможно, они и не хотят его знать. Их реакции сильно отличаются от реакций тех людей, которые полностью информированы о своем онкологическом заболевании (например, знают, что метастатический рак молочной железы неизлечим). Но это далеко не единственные субъективные стороны онкологического заболевания на данной стадии, которые вызывают самую разную психологическую реакцию. Разные типы рака и даже разные формы одного и того же онкологического заболевания могут быть связаны с разными прогнозами. Например, метастатический рак молочной железы с поражением костей, может быть связан с намного более длительным сроком выживания, чем метастатический рак печени или мозга.

Продвинутые стадии рака имеются у большого количества пациентов. Ожидаемая продолжительность жизни таких пациентов может находиться в пределах от 6 месяцев до 6 лет, и одни пациенты могут переживать симптомы сильного истощения, тогда как другие вообще никаких симптомов.

Следовательно, обобщить взаимосвязь между продвинутой стадией онкологического заболевания и совладанием с ним не так-то просто. Авторы публикации [Classen et al, 1996] исследовали психологическую адаптацию к продвинутой стадии рака молочной железы в выборке из 101 женщины. В результате этих исследований оказалось, что на ранних стадиях данной формы рака боевой дух и выражение эмоций у пациенток ассоциировались с лучшей психологической адаптацией.

Авторы публикации [Bloom and Spiegel, 1984] обнаружили, что *избегающие стратегии* копинга были связаны с плохим социальным функционированием женщин с продвинутой стадией рака молочной железы. Было проведено несколько исследований для непосредственного сравнения пациентов с ранней и поздней стадиями онкологического заболевания в отношении копинга. Авторы публикации [Greer and Watson, 1987] обнаружили незначительные отличия в реакциях пациентов с ранней и поздней стадиями онкологического заболевания на психологическую адаптацию к нему. Обе группы пациентов имели сходные показатели боевого духа, беспомощности и фатализма по шкале психологической адаптации к раку (MACS). Но показатели тревожной озабоченности оказались значительно более высокими у пациентов с поздней стадией рака, как показано в табл. 14.1.

Таблица 14.1. Средние показатели пациентов с ранней и поздней стадиями онкологического заболевания по MACS*

	Ранняя стадия	Поздняя стадия	
Боевой дух	52,3	53,1	НС**
Тревожная озабоченность	19,5	21,7	P < 0,001
Фатализм	20,8	20,0	НС
Беспомощность	9,4	9,6	НС
Избегание	1,9	1,9	НС

* Шкала психологической адаптации к раку (MACS — Mental Adjustment to Cancer Scale) [Watson et al, 1988].

**НС — незначительно. Вероятность была рассчитана с помощью двухстороннего *t*-теста. Взято из [Greer and Watson, 1987].

Авторы публикации [Watson et al, 1990] обнаружили в небольшой выборке пациентов со смешанными типами рака, что убеждение, связанное с контролем над течением онкологического заболевания было ассоциировано с боевым духом у пациентов, находившихся на ранней стадии заболе-

вания, хотя этого не наблюдалось у пациентов с продвинутыми стадиями. В недавно опубликованном (на момент написания этой книги) обзоре исследований позитивных установок пациентов с продвинутыми стадиями онкологического заболевания был сделан такой вывод: позитивная установка и уверенность в своих силах могут быть ассоциированы с лучшей эмоциональной адаптацией пациентов. Кроме того, было выявлено, что активный проблемно-ориентированный копинг является адаптивным, в то время как избегающий копинг является дисфункциональным. [O'Brien and Moorey, 2010].

Лонгитюдные исследования пациентов с продвинутыми стадиями рака, свидетельствуют о том, что большинство пациентов способны вполне совладать со своим онкологическим заболеванием, но в то же время многие из них впадают в депрессию по мере того, как их заболевание прогрессирует по направлению к смерти. Авторы публикации [Lo et al, 2010] оценивали 365 пациентов с диагнозом метастатического рака желудочно-кишечного тракта или легких с промежутками в 2 месяца. В итоге, 16% этих пациентов пережили симптомы депрессии от умеренных до тяжелых, причем они сохранялись, по меньшей мере, у трети пациентов. В последние 3 месяца жизни пациентов симптомы их депрессии от умеренных до тяжелых ощущались почти в три раза чаще, чем за год до смерти. Симптомы депрессии предопределили такие факторы, как более молодой возраст, прием антидепрессанта на момент начала исследования, более низкая самооценка и снижение духовного благополучия, тревожный тип привязанности, безнадежность, физическое бремя заболевания и близость смерти. По наблюдениям авторов упомянутой публикации сочетание больших физических страданий и психологической уязвимости подвергало пациентов наибольшему риску впасть в депрессию. Авторы другой публикации [Rabkin et al, 2009] проводили регулярные ежемесячные собеседования с 58 пациентами, у которых было онкологическое заболевание, вплоть до их смерти. В итоге, 76% опрошенных пациентов вообще не достигли порога диагноза депрессивного расстройства, лишь 3% испытали депрессию в течение всего исследования, а 14% впервые впали в депрессию во время исследования. Те пациенты, которые впали в депрессию, оказались в клинических пределах диагностирования депрессии почти исключительно на последнем приеме перед их смертью.

Психологическое воздействие физических симптомов

Несмотря на такие отличия в объективных и субъективных последствиях поздней стадии рака, имеется ряд факторов, позволяющих отличить ее от ранней стадии онкологического заболевания. К их числу относится повышенная вероятность физических симптомов из-за самого рака. Во многих случаях, которыми мы воспользовались для наглядного представления рассматриваемой здесь формы терапии, пациент вел активный образ жизни, не выказывая каких-то значительных или вообще никаких очевидных признаков онкологического заболевания. А в других случаях физические симптомы появлялись вследствие лечения, которое проходил пациент. Те пациенты, у которых обнаружена продвинутая форма рака, могут переживать такие физические симптомы, как боль, одышку, тошноту и физическая нетрудоспособность. И не было бы удивительно, если бы такие симптомы сами по себе вызывали более тяжелый психологический дистресс. Оказывается, что физическое бремя заболевания связано с повышенным риском депрессии [Lo et al, 2010]. Однако 76% онкологических пациентов вообще не испытывают клинической депрессии в последние месяцы своей жизни [Rabkin et al, 2009].

В когнитивной модели именно *интерпретация* пациентом физического воздействия переживаемого заболевания вызывает у него психическое расстройство. Симптомы продвинутой формы рака нередко рассматриваются как признак необратимой потери и напоминание пациентам, что они уже никогда не вернуться в свое прежнее состояние. Такое ощущение потери может быть связано с более глобальным ее приписыванием самому себе. Потеря способности заниматься обычной активностью может рассматриваться как признак лени или провала. Такое приписывание обычно подразумевает потерю самоуважения в результате тех изменений, которые внесло онкологическое заболевание. Пациенты с продвинутой стадией рака могут чувствовать себя “не людьми”, как будто бы их лечат, когда они уже умерли. И не удивительно, если лечащий медицинский персонал оценивает рак как то, что хуже, несчастнее и ничтожнее смерти, как обнаружили авторы публикации [Crary and Crary, 1974]. Повышение самооценки у пациентов с продвинутой стадией рака может быть одним из самых полезных вкладов АПТ.

Автор публикации [Burns, 1980] описывает случай 45-летней женщины с диссеминированной формой рака легких. Она была слаба после курса химиотерапии, и поэтому ей пришлось отказаться от своих повседневных занятий, которые имели большое значение для ее чувства собственного достоинства и гордости. В связи с этим она записала приведенные ниже негативные когниции.

1. Я не участвую в общественной жизни.
2. У меня нет никаких достижений в моей личной сфере.
3. Я не в состоянии участвовать в активных развлечениях.
4. Я — тяжелая ноша и обуза для моего мужа.

Автор упомянутой публикации попросил эту женщину построить график личной “ценности” с момента ее рождения и до момента смерти, как показано на рис. 14.1. На этом графике она показала, что ощущала свою ценность в течение всей своей жизни. И тогда автор данной публикации попросил ее оценить свою продуктивность за тот же период времени. В итоге она построила кривую, где продуктивность была низкой в детстве, высокой в зрелом возрасте и снова понижалась в поздний период жизни, как показано на рис. 14.2. И затем у этой женщины появились две идеи.

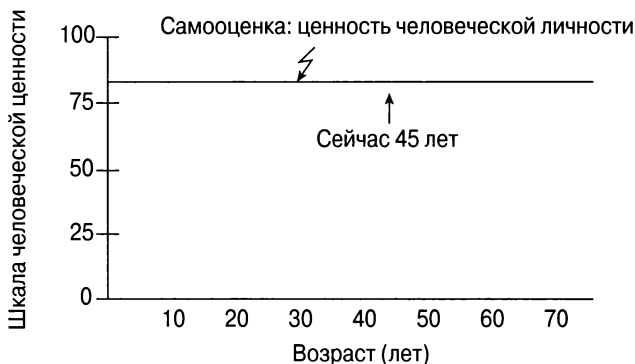


Рис. 14.1. График человеческой ценности с рождения и до момента смерти, построенный женщиной с диагнозом рака легких (взято из случая, описанного в [Burns, 1980])

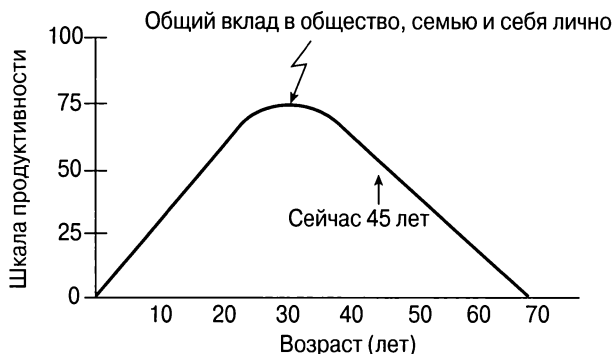


Рис. 14.2. График продуктивности с точки зрения общего вклада в общество, семью и себя лично с момента рождения и до момента смерти, построенный женщиной с диагнозом рака легких (взято из случая, описанного в [Burns, 1980])

Во-первых, эта женщина продолжала вносить посильный вклад в свою семью и собственную жизнь самыми разными, хотя и небольшими, но все же важными и ценными способами, несмотря на то, что ее продуктивность понизилась вследствие онкологического заболевания. И только мышление в стиле “все или ничего” могло бы навести ее на мысль, что ее вклад равнялся нулю. Во-вторых, она осознала, что уровень ее персональной ценности оставался постоянным и незыблемым, что намного важнее. Это была *исходная* ценность, не связанная с ее достижениями. И это означало, что ее не нужно было зарабатывать, ее ценность была ничуть не меньше даже в состоянии слабости. Как только ее лицо расплылось в улыбке, в тот же момент исчезла ее депрессия. Автору, описавшему данный случай, доставило настоящее удовольствие быть свидетелем и участником этого небольшого чуда. И хотя оно не устранило раковую опухоль, тем не менее, восстановило самооценку, утраченную этой женщиной, и она уже чувствовала себя совсем по-другому. Столь краткое вмешательство оказалось весьма эффективным для данной пациентки. Автор данной публикации написал: “Она умерла через шесть месяцев в муках, но с достоинством”.

Концепция личной ценности как постоянного и неизменного представления о себе может принести пользу пациентам с продвинутой стадией рака, потерявшим свою самооценку по тем же причинам, что и пациентка в описанном выше случае. В следующем примере показывается, как с по-

мощью поведенческих методов можно бороться с безнадежностью, возникающей в результате ощущения пациентом своей немощности.

Кэти, 75-летняя женщина, прожила 12 лет с онкологическим заболеванием шейки матки. Она обладала потрясающим боевым духом, который помог ей выдержать несколько тяжелых операций. Она очень верила хирургу, лечившему ее годами. И, наконец, пришло время, когда дальнейшее хирургическое вмешательство было уже неуместным, а другие формы лечения — малоэффективными. В прошлом врачи сказали этой пациентке, какое именно лечение ей следует пройти. А теперь они спросили ее, желает ли она пройти дополнительный курс химиотерапии. От этого у нее появилась тревога, она почувствовала себя покинутой и подавленной и не переставала плакать. Психотерапевт помог этой пациентке выразить свои чувства по поводу изменения ее отношения к врачам и попытался помочь ей увидеть, что ее слезливость является закономерной и нормальной реакцией на сложившиеся обстоятельства. Она очень ясно дала понять, что хотела бы избавиться от своего подавленного настроения и вернуться в свое прежнее состояние. Когда психотерапевт проанализировал когниции данной пациентки, связанные с настроением, то оказалось, что она чувствовала себя обесилевшей. Она сказала, что не в состоянии вести нормальную жизнь, а следовательно, она чувствовала себя безнадежной.

В момент интервью Кэти сделали внутривенное вливание лекарства, и она была довольно слаба. Она чувствовала себя лишь несколько часов настолько хорошо, чтобы свободно ходить. Что именно означала для нее нормальная жизнь, выяснилось в результате терапевтической интервенции. Сначала психотерапевт перечислил те занятия, которые обычно приносили Кэти удовольствие, а затем он спросил ее, какие из этих занятий она могла бы по-прежнему выполнять. Он пояснил ей концепцию мышления в стиле “все или ничего” и высказал мысль, что она могла бы все же выполнять некоторые, если не все, занятия, составлявшие ее обычную жизнь. Она начала выполнять программу постепенного удлинения прогулок вокруг больницы и запланировала чтение книг и слушание радио в течение дня. В результате столь простого психологического вмешательства ее настроение быстро улучшилось.

Для борьбы с подобной безнадежностью требуется определенное сочетание когнитивных и поведенческих методов. В частности, когнитивные техники помогают противодействовать мыслям, парализующим пациента, а постоянное отслеживание автоматических мыслей может показать, как когниции вроде “Какой в этом смысл?” предшествуют решению остаться утром в постели, вместо того чтобы встать. Взвешивание достоинств и недостатков бездеятельности нередко вынуждает пациента признать, что он

почувствует себя лучше, если будет деятельным, есть ли в этом смысл или нет. Планирование активности и постановка задач назначаются в качестве поведенческого домашнего задания по итогам первичного когнитивного вмешательства.

Улучшение качества жизни

Улучшение качества жизни является конечной целью всех специалистов, работающих с пациентами с неизлечимым онкологическим заболеванием. Любое паллиативное лечение должно быть оценено с точки зрения его токсического действия. На данной стадии обычно не рассматривается агрессивное лечение, которое может быть оправданным, если оно позволяет продлить срок жизни пациента. Психологические интервенции являются частью комплекса паллиативного лечения, доступного онкологической команде. АПТ может оказаться особенно уместной в подобной обстановке, поскольку в ней делается немалый акцент на обучении пациента планированию и организации своего времени, чтобы максимально улучшить качество своей жизни в тех ограниченных рамках, которые накладывает онкологическое заболевание.

Работа с “реалистичными” негативными автоматическими мыслями

У многих негативных мыслей, переживаемых пациентами с продвинутыми стадиями рака, имеется реалистичное основание, которое касается, например, возможного неудачного исхода лечения или даже смерти. И хотя, на первый взгляд, этим реалистичным автоматическим мыслям не уделяется надлежащее внимание в когнитивной реструктуризации, имеется все же несколько методов, посредством которых можно помочь пациенту совладать с подобными мыслями [Moore, 1996].

Понимание персонального смысла

Первый шаг состоит в том, чтобы понять персональное значение мыслей для пациента. Когда приходится иметь дело со смертью, болью и физической неспособностью, то из собственного переживания болезни у всех людей появляются воспоминания и фантазии, которые могут легко помешать

правильному пониманию и эмпатии. Убеждения психотерапевта могут вызывать реакции контрпереноса [Moorey, 2010], где его схемы спутываются со схемами пациента. К некоторым типичным ловушкам относится вовлечение психотерапевта в подавленное настроение пациента или беспомощность и безнадежность, из чего делается вывод, что ничего нельзя сделать, или же такое допущение: “Если бы я оказался в подобной ситуации, я бы чувствовал себя подавленно, поскольку подумал бы...”

Автор публикации [Moorey, 2011] рассмотрел способы, посредством которых психотерапевт может избежать подобных ловушек. При этом очень важно, чтобы психотерапевт не делал допущения относительно того, что думает пациент, а проверял бы их вместе с пациентом, и это касается всех остальных сторон когнитивной терапии. Иногда это может быть трудно из-за собственных опасений психотерапевта не огорчить пациента, говоря с ним о смерти. Но поскольку именно это у него на уме, то большинство пациентов не обижаются, если спрашивать их о значении смерти для них лично. Это можно, например, представить в виде приведенного ниже сообщения.

“Умирание имеет различное смысловое значение для всех нас. Для одних людей это процесс умирания, а для других — мысли о том, кого они покинут. Вместо того чтобы предположить, что мне известно о том, что вам предстоит пережить, мне важно понять, что это означает для вас.”

Выявление и проверка искаженных когниций путем тестирования реальности

Как только искаженные мысли будут выявлены, они могут быть изучены путем тестирования реальности. Оценивание доказательств за и против подобных мыслей следует проводить очень осторожно. Применение КПТ, основанной на рациональности в подобных обстоятельствах может вызвать проблемы, поскольку пациенты с неизлечимой формой онкологического заболевания могут почувствовать себя уязвленными и инвалидизированными, если применить к ним КПТ бесчувственно. [Moorey, 2011]. Следовательно, мысли пациентов с продвинутыми стадиями рака, проверяемые подобным образом, следует отбирать осторожнее, чем у пациентов с ранними стадиями. Неверные представления о заболевании, его лечении или снятии боли, а также мысли, связанные с чувством вины и обвинением, как самого себя, так и других, можно зачастую рассматривать, используя стандартные методы КПТ.

Исследование альтернативных перспектив

Многие мысли пациентов с продвинутой стадией онкологического заболевания оказываются ни реалистичными, ни нереалистичными и ни логичными, ни нелогичными. А поскольку пациент сталкивается с неопределенной ситуацией, то он может рассматривать ее по-разному. Люди, которым приходится совладать со сложившейся ситуацией, рассматривают ее как наполовину заполненный, а не пустой стакан. Поэтому большая часть работы с пациентами, имеющими продвинутые стадии рака, направлена на то, чтобы помочь им исследовать альтернативные способы мышления и действия. Главный принцип здесь состоит в том, чтобы найти тот способ рассмотрения ситуации, который будет помогающим.

Ниже приведены некоторые примеры изменений в мышлении, которым можно содействовать посредством обсуждения и опрашивания.

- Решение пациента быть в центре жизни, а не в центре смерти
- Решение пациента сосредоточить основное внимание на том, что он может контролировать, а не на том, что не поддается его контролю.
- Надежда на лучшее и подготовка к худшему.

С этим связано решение о том, сколько основного внимания следует сосредоточить на онкологическом заболевании и сколько на других сторонах жизни пациента, как поясняется ниже. Фокус на болезни и смерти может быть ценным, если он приводит к разрешению проблемы (например, к составлению завещания) или к упреждающему гореванию. Но если основное внимание не сосредоточено на ни том, ни на другом, то оно просто становится руминацией.

Отвлечение внимания, децентрация и диффузия

И последний подход к реалистичным автоматическим мыслям состоит в том, чтобы поработать над процессом, а не содержанием этих когний. Тестирование реальности и исследование альтернатив замыкаются на смысловом значении ситуации, поэтому легко увязнуть в попытке устранить или разрешить возникшие проблемы. И хотя некоторые аспекты людей с продвинутой стадией рака могут быть улучшены проблемо-разрешающими методами, многие из них, особенно экзистенциальные, улучшить нельзя. Существует опасность, что разрешение подобных затруднений

приведет к руминативным мыслям, т.е. к попыткам понять причины происходящего, тщетно рассматривая возможности излечения и т.д.

Отвлечение или изменение фокуса на конструктивной активности

На протяжении всей этой книги было показано, насколько полезным может оказаться изменение фокуса внимания. Оно может принять форму отвлечения основного внимания, хотя более полезным является его сосредоточение на улучшающей качество жизни или конструктивной активности, направляющей пациента к значимой цели. На все, чем хотелось бы заняться в жизни, никогда не хватает времени. Его нехватка ощущается еще острее, если пациенту известно, что срок его жизни сократился из-за онкологического заболевания. Впрочем, бездействие не является адаптивным решением данной проблемы. Правильная организация времени, расстановка приоритетов и планирование активности — все это способствует эффективному использованию имеющегося времени, а следовательно, улучшает качество жизни. К этому процессу следует всегда привлекать партнера пациента, поскольку решение о том, как пара собирается проводить время вместе, лучше всего принимать совместно. Привлечение партнера к планированию активности пациента может также предотвратить непреднамеренный срыв выполнения назначенных домашних заданий в тех семьях, где другим членам приходится брать на себя все больше обязанностей пациента, который постепенно слабеет и становится менее способным выполнять свои привычные обязанности.

Еще одной функцией является постановка целей. Никто не может сказать пациенту с продвинутой стадией онкологического заболевания, как долго он проживет. Известно лишь одно: срок жизни пациента значительно сократится. Поэтому решение, как прожить еще 2 два месяца, и постановка достижимой цели к намеченной дате — это один из способов, посредством которых такие пациенты могут справиться с неопределенностью. Это может сместить ориентацию на будущее, сосредоточенную только на смерти, на событие, повышающее качество жизни. Многие пациенты спонтанно планируют на будущее важное событие, до которого они собираются еще дожить (например, до свадьбы дочери или дня своего рождения).

Децентрация и диффузия

Мы обычно допускаем, что наши мысли соответствуют реальности. Когнитивная терапия помогает пациентам прояснить перспективу своих мыслей, исследуя их на предмет реалистичности или пользы. Это помогает создать дистанцию для того, чтобы мысли не оказались в центре их переживаний и чтобы они не слились с ними. Пациенты учатся тому, что “мысли не являются фактами”. Это центральное положение когнитивной терапии, основанной на осознанности [Segal et al, 2002]. Когда пациент практикуется в майндфулнесс, его способность наблюдать свои мысли и чувства постепенно укрепляется без автоматического втягивания в них. В главе 7 был представлен ряд простых техник майндфулнесс, которые можно усвоить в ходе АПТ. А техники, описанные в главе 10, могут также быть полезными, когда приходится иметь дело с беспокойством и руминациями, связанными с продвинутой стадией онкологического заболевания.

Содействие боевому духу и позитивному избеганию

Различные стили адаптации по-прежнему могут использоваться пациентами с продвинутыми стадиями онкологического заболевания, хотя они могут и не проявляться в той же форме. Пациенты с продвинутыми стадиями онкологического заболевания все так же демонстрируют боевой дух, а многие из них отвечают на вызов безрезультативному лечению и возможной смерти, борясь со всем этим. Пациент с боевым духом сосредоточивает свое внимание на качестве оставшейся ему жизни и верит, что он все же может осуществлять над ней личный контроль. Иногда этот боевой дух можно распространить на решимость жить как можно дольше.

При продвинутых стадиях онкологического заболевания грань между боевым духом и отрицанием может быть размытой. Стремление победить рак, несмотря на медицинские основания неизлечимости болезни, может говорить о проявлении боевого духа или отрицания. Многие пациенты выказывают отрицание хотя бы иногда во время последней стадии своего заболевания. Различные способы, которыми психотерапевт может содействовать боевому духу и позитивному избеганию у пациентов с продвинутыми стадиями онкологического заболевания, сводятся к перечисленному ниже.

1. Наиболее оптимистичный прогноз, озвученный лечащим врачом, способствует боевому духу.
2. Психотерапевт помогает пациенту сосредоточиться на том, что еще может быть достигнуто в жизни, и тем самым максимально улучшить качество жизни. Это можно выразить следующим образом:
3. “Вы пробовали думать о будущем большую часть времени. И какого результата вы достигли?”
4. “Что вы потеряете, если попытаетесь уделять больше времени улучшению качества вашей жизни?”
5. “Мы не в состоянии увеличить количество нашей жизни, но мы можем улучшить ее качество”.
6. Техники, описанные в остальной части этой книги, применяются для содействия активности, не связанной с онкологическим заболеванием, хотя и важны для пациента.
7. Когнитивные техники могут применяться для изменения фокуса с того, что было утрачено, на то, что все еще имеется. Примером тому может служить такая мысль: “У меня может быть рак, но большая часть моего организма не поражена им. Я буду расширять ее настолько, насколько это мне удастся”.

АПТ как часть паллиативной/хосписной помощи

Обусловленное появлением хосписного движения в конце 1960-х годов, развитие паллиативной медицины привело к большим достижениям. Пациентам, находящимся на завершающей стадии онкологического или другого заболевания, больше не отказывают в помощи с сожалением пожатием плечами и словами извинения вроде следующих: “Извините, но мы больше не можем ничего для вас сделать”. Врачи и медсестры уделяют теперь пристальное внимание физическим и (все больше) эмоциональным потребностям пациентов, приближающихся к концу своей жизни, продолжая оказывать им паллиативную помощь до самой их смерти. Паллиативная медицина получила намного меньшую огласку и намного более скудные ресурсы, чем более эффективные отрасли медицины, но ее влияние на качество жизни пациентов с неизлечимым заболеванием оказалось весьма значительным и чрезвычайно благотворным.

В 1990 году Всемирная организация здравоохранения определила паллиативное лечение как “активный общий уход за пациентами, заболевание которых не поддается радикальному лечению, где первостепенное внимание уделяется снятию боли и других симптомов, психологическим, социальным и духовным проблемам и где целью является наилучшее качество жизни пациента и его семьи” [World Health Organization, 1990]. Автор публикации [Finlay, 2000] составил удобный перечень наиболее распространенных проблем, возникающих при паллиативном лечении. Этот перечень приведен ниже.

■ *Физические симптомы*

Боль, тошнота и рвота, желудочно-кишечные проблемы и прочие симптомы. Распространенным и крайне удручающим симптомом является одышка [Ahmedzai and Shrivastav, 2000].

■ *Эмоциональные проблемы*

Депрессия, тревога, страхи по поводу будущего и реакции на потерю.

■ *Социальные проблемы*

Финансовые трудности, стресс у опекунов, одиночество и проблемы, связанные с работой.

■ *Духовные вопросы*

Вопросы, остающиеся без ответа, например: “За что это мне?”, “Есть ли жизнь после смерти?” Чувство вины за события в прошлом.

■ *Семья и опекуны*

Что они должны знать? Что пациент разрешит им сказать? Могут ли они справиться с физической и эмоциональной нагрузкой, которую требует уход за пациентом?

Для многих пациентов, находящихся на завершающей стадии онкологического заболевания, паллиативная помощь предоставляется в хосписах. Распространено заблуждение, что пациента помещают в хоспис только в том случае, если он близок к смерти. На самом деле пациентов можно поместить в хоспис по нескольким причинам: для контроля симптомов или предоставления передышки родным, ухаживающим за ними дома. Хосписы предоставляют услуги по уходу на дому, а также лечению в самом хосписе. Так, по всей Великобритании хорошо налажены услуги, предоставляе-

мые командами паллиативной помощи, которые поддерживают пациентов и их семьи на дому или в больнице.

Исследования, описанные в [Hinton, 1994 и Morize et al, 1999], показали, что на завершающей стадии онкологического заболевания тревога и депрессия заметно проявляются у пациентов и ухаживающих за ними родственников. В обеих группах возможна работа с этими симптомами посредством АПТ. Но что касается назначения психологической терапии для пациента, то для этой цели непременно требуется тесное сотрудничество с врачами и медсестрами из службы паллиативной помощи, поскольку должен быть проведен контроль физических симптомов (например, боли, рвоты, одышки), прежде чем пациент сможет сосредоточиться на АПТ и извлечь из нее пользу.

Терминальная стадия заболевания

Авторы публикации [Kausar and Akram, 1998] исследовали 60 пациентов с терминальной стадией заболевания и 60 пациентов с нетерминальной стадией в Индии. Пациенты с терминальной стадией заболевания считали, что они не достаточно контролируют свое заболевание и использовали меньше проблемно-ориентированных стратегий, но в тоже время они использовали больше эмоционально-фокусированных и религиозно-фокусированных копинговых стратегий, чем пациенты с нетерминальной стадией заболевания. Завершающая стадия терминального заболевания начинается тогда, когда пациент входит в состояние постепенного угасания, и смерть, вероятно, постигнет его в течение нескольких недель или месяцев. Многие проблемы, возникающие у таких пациентов, сходны с теми проблемами, которые возникают у пациентов с продвинутыми стадиями заболевания, и поэтому в работе с данной категорией пациентов можно применять аналогичные психологические техники. Главным препятствием для любой формы КПТ служит увеличение ограничений, налагаемых заболеванием. Чем более ограничены рамки для проведения поведенческих экспериментов, тем труднее организовать эксперименты по овладению навыками. Пациенты, показавшие ранее хорошую адаптацию к своему заболеванию и составившие позитивное представление о себе, все же могут быть деморализованы снижением своих функциональных возможностей. Они могут показать хорошие результаты на использование в работе с ними когнитивных техник, нацеленных на то, чтобы показать им, что их ценность не зависит от их способности функционировать.

А с другой стороны, пациенты, которые раньше отличались низкой самооценкой или же самооценка которых сильно зависела от таких внешних факторов, как способность добиваться успеха на работе или помогать другим, могут не поддаться лечению только когнитивными техниками. Эффективная когнитивная терапия подразумевает когнитивное изменение, подкрепляемое поведенческим изменением, которое, в свою очередь, порождает дальнейшее когнитивное изменение. Очевидно, что обстоятельства терминального заболевания ограничивают те результаты, которых можно достичь средствами АПТ. Но, как поясняется ниже, снизить эмоциональный дистресс пациентов все-таки можно, и это можно сделать, не прибегая к антидепрессантам. При этом важно не забывать, что пациенты с терминальной стадией не в полной мере сообщают о своем психологическом дистрессе, который приходится выявлять посредством умело организованных и деликатно проводимых клинических интервью [Lloyd-Williams and Friedman, 1999].

Переживание близкой смерти

До сих пор проведено недостаточно систематических исследований переживания близкой смерти [Teno, 1999]. И это вряд ли удивляет, если учесть серьезные практические проблемы, связанные с проведением подобных исследований. Тем не менее, из комментариев пациентов можно узнать немало полезного, как показывают приведенные ниже примеры.

Мысли умирающего мужчины

“Получил ли я достаточно для себя?”

“Много ли я помогал другим людям?”

“Был ли я добрым в своей жизни?”

“Если ответы на эти вопросы утвердительны, пусть умру я спокойно”.

(Из личного общения с пациентом ГМ в 1970 г.)

“Я не хочу, чтобы мой маленький мальчик видел меня в таком состоянии... Я хочу, чтобы он запомнил меня такой, какой я выглядела, когда была здорова. Надеюсь, что он не забудет, что я его любила. Я чувствую себя такой слабой, и у меня нет сил покачать его на коленях. Я лишь надеюсь, что Чарли и моя мама будут смотреть за ним как следует. И с сознанием этого я могу спокойно умереть.”

(Из личного общения с пациенткой Б. в 1998 г.)

“Итак, признав ограничения магии докторов и медицины, к чему мы пришли? Мы должны обратиться к нашей собственной магии, к нашей способности “контролировать” свой организм.... Для людей с онкологическим заболеванием оно принимает форму сознательного развития воли к жизни.... Чтобы не думать о смерти, можно, в частности, сосредоточить внимание на подробностях нашей повседневной жизни. Работа, которую мы выполняем каждый день, и люди, которых мы любим (основа нашей жизни), убеждают нас, что мы живы и останемся жить.

...Принимая во внимание некоторые талисманы, все мы привыкли отрицать смерть. Я не имею в виду, что эти талисманы следует отбросить. Но присущие им ограничения все же следует признать... Насколько я полагаюсь на свои талисманы (моих врачей, свою волю, моего мужа, моих детей и садовый горох), настолько я знаю, что мне придется время от времени противостоять тому, что Конрад описал как “ужас”. Я знаю, что все мы можем противостоять ужасу и не быть уничтоженными им, даже в какой-то степени укрепившись им.... Меня поразило, что мы, пережив ужас, продолжаем все-таки жить, и даже жить с большим удовольствием.... Мы никогда не убьем дракона, но каждое утро мы сталкиваемся с ним. Затем мы готовим детям завтрак, возможно, добавляем чуть больше мульчи в ростки гороха и надеемся, что сможем убедить дракона не являться подольше.”

[Trillin, 1981]

Основные страхи умирающих пациентов

- Страх процесса умирания (например, непереносимой боли).
- Страх последствий смерти для любимых людей.
- Экзистенциальный страх самой смерти.

Полезно выявить когнитивные процессы, связанные с оценением смерти. Многие пациенты способны явно выразить, чего они боятся (например, таким образом: “Я не смогу пережить мучительную и медленную смерть”), а другим пациентам это дается труднее. В таком случае следует деликатно спросить пациента, какие стороны умирания расстраивают его больше всего. Самые ценные сведения можно нередко получить, спрашивая пациента о тех образах, которые вызывает у него смерть (например: “Я могу представить себя покинутым (покинутой) моими друзьями”). Исследование этих образов и связанных с ними чувств может быть довольно болезненным процессом, но иногда это дает пациенту возможность прояснить то, чего он действительно боится, и приступить к упреждающему гореванию.

Страх процесса умирания является, безусловно, самым распространенным и нередко обусловлен горестным прошлым опытом наблюдения за тем, как мучительно умирали от рака родственники или друзья. Правда, за последние годы был достигнут немалый прогресс в снятии боли и других неприятных симптомов [Turner, 1995], что дает возможность утешить таких пациентов. Следует, однако, признать, что некоторые симптомы на завершающей стадии онкологического заболевания (например, истощение и слабость), не вполне поддаются доступному в настоящее время лечению. Страх последствий смерти для любимых людей является индикатором пациентского альтруизма. Подобные опасения можно устранить в ходе когнитивной терапии на совместных сессиях с пациентом и его любимыми людьми.

Экзистенциальный страх смерти, собственно, выражается в следующем вопросе: “Что станет со мной после смерти?” Любой ответ на этот вопрос будет, конечно, зависеть от духовных и религиозных убеждений пациента. В своем эпохальном исследовании умирающих пациентов Хинтон сообщил, что твердо верующие и неверующие пациенты, по крайней мере, боятся умереть, тогда как слабо верующие и сомневающиеся пациенты подвергаются наибольшему страху [Hinton, 1967]. Пациентам, раздираемым религиозными сомнениями, рекомендуется обратиться к священнослужителю, имеющему опыт общения с умирающими пациентами. Разумеется, выявление смыслового значения смерти зависит от желания и способности пациента обсуждать этот предмет. Процессы когнитивного и эмоционального избегания способны помешать признанию мыслей и чувств о смерти. Хинтон описывает в своей публикации [Hinton, 1967], каким образом пациенты колеблются между принятием и отрицанием смерти в зависимости от того, как они себя чувствуют и с кем они разговаривают. В этом отношении отрицание совсем не обязательно оказывается дисфункциональным. В частности, Хинтон пишет следующее.

“Умирающие люди склонны поговорить или мрачно намекнуть на свои перспективы в одно время, а вскоре после этого слегка коснуться в разговоре оптимистических планов на будущее. Иногда намеки, которые они делают, ясно указывают на то, что они осознают приближение смерти... А порой спонтанные оговорки тревоги или намеренного избегания упоминаний о будущем, разве что в самых неясных выражениях, показывают, что летальный исход все же подозревается.”

Психотерапевт должен получить от пациента основной ориентир и соответственно работать дальше. Иногда смерть может быть предметом обсуждения, тогда как в других случаях этот предмет старательно избегается. В подобных случаях лучше всего, может быть, просто слушать пациента, оказывая ему моральную поддержку.

Немногим из нас удастся встретить смерть со спокойствием Моцарта, который написал об этом своему отцу следующее.

“Смерть, если она понимается правильно, на самом деле является конечной целью нашей жизни, и поэтому я несколько лет назад познакомился с этим самым верным и лучшим другом человечества, чтобы он впредь не только не ужасал меня, но и как можно больше успокаивал и утешал!”

[Eissler, 1955]

Большинству человеческих существ личное угасание кажется пугающим и невообразимым. Когда мы здоровы, то обычно живем без мыслей о смерти. Но когда мы сталкиваемся с доказательством своей смертности, то обнаруживаем, что нам трудно примириться с тем, что рано или поздно мы прекратим свое существование. Современный британский философ Брайан Маги дал яркое описание подобных чувств.

“Я был ошеломлен, почти буквально, ощущением своей смертности. Осознание того, что мне неизбежно придется умереть, поразило меня как демон-тажный кран... как будто в ночном кошмаре, где я чувствовал, что попал и не мог выпутаться из чего такого, чего я не мог пережить. Смерть, моя смерть, буквальное разрушение *меня* была совершенно неизбежной с самого момента моего зачатия.... Перед лицом смерти я страстно желал, чтобы моя жизнь имела какой-то смысл.”

[Magee, 1997 , стр. 214-215]

Следует заметить, что Брайан Маги не был болен (смертельно или как-то иначе), но ему пришлось пережить то, что он сам назвал кризисом середины жизни. Чувства, которые он красочно описал, редко выражаются смертельно больными людьми. Как упоминалось ранее, пациенты будут с намного большей вероятностью бояться смерти и беспокоиться о своих близких. Безусловно, сама смерть может или не может быть пугающей перспективой для смертельно больных людей. Оценивание смерти пациентом зависит от различных факторов, в том числе их личных обстоятельств, духовных и религиозных убеждений, а также той степени, до которой достигнуто адекватное контролирование симптомов. Тем не

менее, упомянутое выше наблюдение Маги касательно потребности искать смысл в своей жизни имеет особую целесообразность для пациентов с продвинутой или терминальной стадией заболевания и для их усилий к совладанию.

Автор публикации [*Folkman*, 1997] эмпирически показал, что поиск и нахождение положительного смысла в жизни составляет очень важную часть копингового процесса. Придать своей жизни положительный смысл можно по-разному, например, как можно лучше воспользоваться оставшимся временем, обнаружить укрепление связи с близкими людьми вследствие заболевания или прояснить, какие цели и приоритеты важны и какие из них не так важны. Людям с онкологическим диагнозом, у которых маленькие дети, могут подойти особые техники для сотворения смысла, включая биографическую литературу, письма любимым людям, аудио- или видео-сообщения, а также коробки воспоминаний.

Еще один метод, придающий жизни положительный смысл, состоит в том, чтобы поставить перед собой определенные цели. Для пациентов со смертельным заболеванием такие цели могут различаться в широких пределах от простых задач, которые могут быть для них важным достижением (например, способности приготовить чашку чая или еду для партнера) до намерения дожить до свадьбы дочери. В литературе можно найти немало примеров, в которых сильная воля к жизни или, наоборот, потеря воли к жизни, очевидно, продлевала или сокращала продолжительность срока жизни пациентов относительно ожидаемых клинических оснований (см., например, [*Maguire*, 1979; *Selawry*, 1979; *Greer and Watson*, 1987]). Эти клинические наблюдения нашли поддержку в эпидемиологическом исследовании, по результатам которого сообщалось, что наступление смерти откладывалось вплоть до символически значимых событий [*Phillips and Smith*, 1990]. Все подобные методы придания жизни положительного смысла поощряются и образуют интегральную часть АПТ.

Случай 1

В приведенном ниже описании клинического случая демонстрируется подход, использованный в АПТ для пациентов с терминальной стадией.

К., 36-летний французский биохимик, у которого была тератома яичка, обратился за психологической поддержкой. Ранее он подвергся орхиэктомии, химиотерапии и хирургическому удалению объемного образования

в брюшной полости (дебалкингу) во Франции. Несмотря на такое лечение, болезнь данного пациента прогрессировала, и он полностью осознал это. Он приехал в Великобританию, чтобы получить дополнительные медицинские рекомендации в Королевском госпитале Марсдена.

К. был женат, у него был 14-летний сын, а свой брак он описал как “бурный”, со многими ссорами, особенно по поводу денег. Во время интервью К. был по понятным причинам подавлен и встревожен своим будущим, прокомментировав свое положение следующим образом: “Есть ли у меня будущее? Я не знаю”. Кроме того, он был крайне зол на врачей, которые, по его словам, “заставили меня пройти все это ужасное лечение (т.е. химиотерапию) без какого-нибудь улучшения онкологического диагноза. Действительно ли они знают, что делают?” Он также гневался на Бога за то, что Он допустил у него рак, а также на свою жену за то, что она не проявила достаточного сочувствия к нему, поставив их сына на первое место.

На первоначальной сессии АПТ были выявлены две основные проблемы, а именно: неспособность пациента принять решение, следует ли ему продолжать курс химиотерапии, а также вызывающие крайнюю озабоченность супружеские отношения.

Чтобы помочь данному пациенту принять решение по поводу дальнейшего курса химиотерапии, психотерапевт обсудил с онкологом подробности предложенного пациенту режима медикаментозного лечения и вероятного прогноза. Онколог рекомендовал агрессивный режим химиотерапии, включавший в себя прием цисплатина, а вероятность выздоровления от такого режима лечения он оценил приблизительно равной 50%. Вся эта информация была доведена до ведома пациента, которого психотерапевт побудил тщательно взвесить вместе с ним все достоинства и недостатки возобновления химиотерапии. В конечном счете, К. решил пройти такой курс лечения и был помещен в больницу.

Затем была рассмотрена и вторая проблема: вызывающие обеспокоенность супружеские отношения. Главным препятствием было отсутствие жены пациента, которая жила во Франции. Она разговаривала с К. по телефону каждый день, а содержание их телефонных разговоров обсуждалось во время сеансов АПТ. И хотя никаких существенных изменений в их взаимоотношениях ожидать не приходилось, некоторые улучшения все же произошли после того, как пациент согласился привести свои финансы в порядок и предусмотреть обеспечение своей жены и малолетнего сына.

Когда К. впервые встретился со своим сыном, то попросил психотерапевта помочь ему развить в себе боевой дух. Это было сделано техниками, описанными в предыдущих главах данной книги. Кроме того, психотерапевт дал К. почитать книгу *The Road Back to Health* (Путь возвращения к здоровью) Нила Фиоре (Neil Fiore, [Fiore, 1984]). Психотерапевт посчитал, что эта книга

особенно подходит данному пациенту, поскольку ее автор описывает собственный опыт излечения от метастатического рака яичка. Но, к сожалению, вскоре стало очевидно, что онкологическое заболевание К. не поддается лечению путем химиотерапии.

И тогда цели АПТ были изменены. Психотерапевт обсудил с К. его чувства по поводу завершающегося активного лечения и того обстоятельства, что смерть, по-видимому, теперь близка. Психотерапевт спросил его, какие цели он считает важными для себя достигнуть, прежде чем умрет, и как ему помочь их достичь. К. поставил перед собой задачу обеспечить финансами свою жену и сына. Проявившийся у него боевой дух означал сохранение воли к жизни так долго, как это потребуется для достижения поставленной им цели. И он ее достиг. Выписавшись из больницы, он остался со своей матерью, которая жила в Лондоне. А работники хосписа ухаживали за ним на дому. К. была предложена постоянная психологическая поддержка, но он отказался от нее. Он умер через 2 недели после выписки из больницы.

Борьба и принятие

Рассмотренный выше случай наглядно демонстрирует проблемы адаптации боевого духа у пациентов с продвинутой или терминальной стадией рака. Активный подход, применяемый при АПТ на ранних стадиях онкологического заболевания, претерпевает изменения по мере прогрессирования подобного заболевания. Наступает момент, когда борьба за излечение или значительное продление срока жизни становится нереалистичной и непродуктивной. Некоторые пациенты способны пережить такой переход без особых трудностей. Но для многих пациентов одна только мысль о смерти настолько ужасна, что они стараются продолжить борьбу за свою жизнь до самого конца. Справиться с переходом от борьбы к принятию неизбежного не так-то просто. Кэт Манникс (Kath Mannix), врач паллиативной медицины и одновременно психотерапевт, практикующий КПТ, предположил, что единственным путем избежать очевидной дихотомии борьбы против капитуляции и отрицания против принятия является перформативное переформатирование всего процесса в процесс “борьбы за”. Цель в данном случае состоит не в том, чтобы бороться *со* смертью, а в том, чтобы бороться *за* качество жизни, и такая борьба может быть, конечно, продолжена, несмотря на то, сколько времени для этого остается.

Во время работы с пациентами на этой деликатной стадии, мы предлагаем придерживаться приведенных ниже рекомендаций.

1. Психотерапевт должен как можно более тесно сотрудничать с онкологом, чтобы у них обоих был четкий прогноз и доступное лечение.
2. Пожелания пациента должны быть учтены в как можно большей степени. Принятие не следует навязывать пациенту, решившему бороться, даже если обстоятельства против него.
3. Партнера пациента следует привлечь к терапии на данной завершающей стадии заболевания. Психотерапевт должен добиться того, чтобы пациент и его партнер согласовали свою точку зрения относительно того, как они будут противостоять заболеванию.
4. Психотерапевту следует ожидать, что отношения пациента и его партнера будут носить изменчивый и неустойчивый характер.

Автор публикации [Renneker, 1982] предложил помогать пациентам бороться до конца и вплоть до того, чтобы просить лечащих врачей прописать им плацебо-терапию. Во время АПТ психотерапевт берет на себя инициативу пациента в отношении того, что он хочет принять. Пациенты, продолжающие бороться со смертью, нередко переживают повышение уровня эмоционального дистресса. Около 74% пациентов, период продолжительности выживания которых составляет менее 6 месяцев, сообщают, что они принимают сложившуюся ситуацию, а около 9% пациентов сообщают о трудностях (от умеренных до крайних) принятия данной ситуации. Однако небольшое число пациентов, которые не могут принять сложившуюся ситуацию, вероятнее всего, переживают клиническую тревогу и депрессию [Thompson et al, 2009]. Именно по этой причине принятие оказывается более предпочтительным, чем боевой дух на терминальной стадии онкологического заболевания.

Случай 2

Джоан, 60-летняя женщина, социальный работник, у которой была продвинутая стадия рака легких. Она и ее муж не согласились с мнением врача, что ее онкологическое заболевание неизлечимо. Ее муж сказал: “Зачем отнимать у нее надежду?” Джоан отчаянно хотелось услышать хорошие новости, и она оживлялась, если кто-нибудь говорил ей, что она выглядит хорошо. Но это длилось недолго, и она вскоре впадала снова в уныние. Она гневалась на Бога за такое наказание и очень боялась умереть. Ни одна из обычных техник АПТ не принесла ей никакой пользы. Переключение фокуса основного внимания на качество жизни не работало потому, что она не могла перестать

думать о смерти. Предоставление ей возможности провентилировать свои чувства давало временное облегчение, но в долгосрочной перспективе оно лишь усиливало ее негодование и отчаяние. Она отказалась размышлять о смерти, и поэтому ничто не могло помочь ей пережить приближение смерти. Тревога этой женщины заставляла медицинский персонал чувствовать свою беспомощность. Она продолжала оставаться в дистрессе до тех пор, пока не умерла.

И хотя подобный эмоциональный дистресс весьма распространен, тем не менее, его неизбежность не наблюдается у тех пациентов, которые бо-
рются до конца.

Случай 3

С., 65-летний мужчина, у которого был мелкоклеточный рак легких, прошел курс химиотерапии в больших дозах вместе с аутологичной трансплантацией костного мозга. Несмотря на столь интенсивное лечение, которое сопровождалось тяжелыми побочными эффектами, у этого пациента не было улучшений. Онколог сказал ему, что дальнейшее радикальное лечение невозможно. Тем не менее, С. настаивал на том, что следует попробовать новое экспериментальное лечение, о котором он прочитал в Интернете. После обсуждения пациентом и психотерапевтом онколог все же согласился прописать пациенту экспериментальное лекарство. С. стоически перенес неприятные физические побочные эффекты. По рекомендации психотерапевта он запланировал различные занятия, которые были для него важны и которые он все еще был в состоянии выполнять (например, писать письма). Его жена постоянно поддерживала его в стремлении "побороть рак". С. оставался эмоционально спокойным до тех пор, пока у него не развилась все более усилившаяся одышка. Через два дня он умер.

Работа с парами

Ранее уже подчеркивалось, насколько важно привлечь партнера пациента к АПТ. И хотя такая терапия нацелена, главным образом, на уменьшение эмоционального дистресса у пациента, привлечение его партнера к АПТ может также принести пользу последнему в совладании после смерти пациента. Там, где это возможно, психотерапевт должен побуждать пару говорить о смерти и тех целях, которых они хотели бы достичь, прежде чем расстанутся. Авторы публикации [Vachon et al, 1977] сообщили, что 81% вдов онкологических пациентов, открыто обсуждавших со своими мужь-

ями смерть, прежде чем те умерли, обнаружили, что беседы о смерти позволили им легче перенести столь тяжелую утрату. После смерти пациента уместно будет дать его партнеру консультацию по поводу постигшей его тяжелой утраты.

В описании приведенного ниже случая наглядно показывается, каким образом АПТ можно применять для пациентов с терминальной стадией рака.

Случай 4

Б. было 28, когда ее приняли в хоспис с диагнозом рака молочной железы и метастазами в печени. Ее направили к психотерапевту потому, что она была сильно подавленной и отказывалась принимать пищу. При первой встрече она не желала ни с кем разговаривать. Психотерапевту пришлось около часа убеждать ее поговорить с ним. В конечном счете, с большим трудом она сообщила о трех главных для нее проблемах, а именно: о чувстве беспомощности, неспособности принимать пищу (она, в частности, сказала: “Я просто не могу есть”) и боли в животе. Очевидно, что АПТ пришлось сочетать вместе с паллиативным лечением, и для этого потребовалось тесное сотрудничество психотерапевта с лечащим врачом и медсестрами. Сначала удалось снять боль в течение двух дней. Затем психотерапевт вместе с медсестрами энергично взялись за неспособность Б. принимать пищу. При изучении этой проблемы выяснилось, что она возникла тогда, когда данную пациентку тошнило после приема пищи. Несмотря на то, что тошнота пациентки была успешно вылечена с помощью противорвотного средства, ее неспособность принимать пищу все еще сохранялась. Теперь она была способна противодействовать своей автоматической мысли “Я не могу есть”, реагируя на нее следующим образом: “Тошнота прошла, а значит, я могу попытаться есть снова”. А ее медсестре удалось уговорить ее принимать пищу небольшими порциями.

И, наконец, можно было обратить внимание на чувство беспомощности пациентки. Б. знала, что она проживет недолго. Она была раздосадована тем, что умрет молодой, и чувствовала беспомощность по отношению к своему 2-летнему сыну (она, в частности, говорила: “Он больше не захочет меня видеть в таком состоянии.... Я не смогу больше ничего для него сделать”). Психотерапевт подверг сомнению эту негативную автоматическую мысль и предложил Б. проверить ее. С этой целью она должна была попросить своего партнера привести с собой ее сына, чтобы повидаться с ней. И хотя она не хотела поначалу этого делать, все же согласилась. Увидев ее, сын тотчас запрыгнул к ней на постель и обвил ее руками. В итоге она стала менее депрессивной и осознала, что может быть по-прежнему матерью для своего сына на короткие периоды времени, несмотря на свою болезнь.

Она стала чувствовать себя все более слабой, и поэтому сессии терапии пришлось приспособлять к ее физическому состоянию, сделав их краткими (не больше 30 минут). Тем не менее, психологическая реакция Б. стала очевидной. У нее все еще оставался один из главных страхов, а именно: что будет с ее сыном, когда она умрет. Ее партнер не был его родным отцом и не усыновил его юридически. В связи с этим психотерапевт провел совместную сессию терапии с Б. и ее партнером. Они договорились о юридическом усыновлении, что и было устроено юристом на следующий день. Психотерапевт побудил Б. записать аудио-обращение к сыну. Она умерла через 5 дней.

Органические причины психологического расстройства

Прежде чем завершить эту главу, необходимо сделать одно замечание. Психологическое расстройство может возникнуть от физического воздействия самого рака или от побочных эффектов опиоидных препаратов и определенных химиотерапевтических лекарств (см. главу 1). Бредовое состояние (острое состояние спутанности) часто наблюдается у пациентов с продвинутой стадией рака, и особенно у тех, кто имеет терминальную стадию рака. Такое расстройство, которое нередко путают с тревогой или депрессией [Levine et al, 1978; Breitbart and Cohen, 1998], требует неотложного медицинского лечения [Greer, 1995]. Поэтому психотерапевту, не имеющему достаточной медицинской квалификации, рекомендуется осторожно продолжать начатый курс АПТ с теми пациентами, у которых продвинутая или терминальная стадия рака. Очень важно рассмотреть вероятность органической причины появления психологических симптомов у пациента и проконсультироваться у специалиста по нейропсихиатрии, если имеются какие-нибудь сомнения.

Резюме

В качестве неотъемлемого компонента паллиативной помощи КПТ может быть использована для улучшения качества жизни пациентов с продвинутой или терминальной стадией рака. По мере прогрессирования онкологического заболевания проводить формальный курс АПТ становится все труднее, поскольку немощность пациента все больше усиливается. Тем не менее, можно снизить уровень эмоционального дистресса пациентов, применяя когнитивные и поведенческие методы, описанные в этой главе.

Пролонгированная реакция горя у основных опекунов

Психологическая помощь пациентам с неизлечимым заболеванием не оканчивается со смертью пациента. Основное внимание должно быть далее уделено потребностям оставшегося жить партнера, а в некоторых случаях — других членов семьи, которые были особенно близки пациенту. Для умирающих пациентов характерно беспокойство об их партнерах (т.е. что с ними будет дальше и как они переживут постигшую их тяжелую утрату). Такой страх, а он может быть крайне огорчительным для умирающего пациента, следует рассмотреть, обсуждая его вместе пациентом и его партнером на совместной сессии терапии, в течение которой психотерапевт пообещает быть в доступности для остающегося жить партнера, если это ему будет нужно.

Как показывает наш клинический опыт, такое обещание ценится пациентом и его партнером, особенно если раньше проводились совместные терапевтические сессии. Если же психотерапевт не сможет из практических соображений провести консультацию по переживанию утраты с каждым из партнеров, кто в ней нуждается, в таком случае он может направить их к специально подготовленному консультанту, работающему с утратой.

Большинство людей, потерявших своих родных, совладают со своим горем без психиатрической или другой профессиональной помощи, прибегая к различной активности, направленной на уменьшение своего дистресса. Такая активность изящно описана Колином Мюрреем Парком (Colin Murray Parkes) в его новаторском исследовании [Parkes, 1986] и предусматривает постоянную наполненность жизни таких людей какими-нибудь занятиями, сохранение у них убежденности, что их покойные партнеры в каком-то смысле по-прежнему остаются с ними, а также опора на моральную поддержку семьи и близких друзей. Однако меньшинство людей, потерявших своих родных, не справляются со своим горем. Они пребывают в хроническом состоянии траура и, по-видимому, неспособны надлежащим образом наладить свою жизнь в отсутствие своего партнера

[Prigerson et al, 2008]. И они остаются в состоянии дистресса и озабоченными исключительно утратой своего партнера в течение многих месяцев, а зачастую и лет. Когда подобные симптомы сохраняются более 6 месяцев, они образуют клинический синдром, описанный в [Prigerson et al, 2008, 2009], который называется *продолжительная реакция горя*, раньше известный как *осложненная реакция горя*. Критерии такого расстройства перечислены в блоке 15.1.

Блок 15.1. Критерии продолжительной реакции горя

- А. Тоска** (например, постоянная сильная тоска по умершему или поглощенность умершим, физическое или эмоциональное страдание в результате желаемого, но неудовлетворенного воссоединения с умершим).
- Б. Хотя бы пять из перечисленных ниже симптомов, переживаемых ежедневно или вплоть до потери дееспособности.**
 - 1. Заблуждение относительно своей роли в жизни или сниженное самовосприятие
 - 2. Трудность принять утрату и продолжать жить дальше.
 - 3. Избегание реальности утраты.
 - 4. Оцепенение вследствие утраты.
 - 5. Горечь или гнев.
 - 6. Неспособность доверять другим людям.
 - 7. Избегание напоминаний о реальности утраты.
 - 8. Ощущение пустоты и бессмысленности жизни.
 - 9. Ощущение оглушения и шока
- В. Подобные симптомы присутствуют хотя бы 6 месяцев и связаны с функциональным нарушением.**

Распространенность расстройства

Йельское исследование утраты (The Yale Bereavement Study) состояло из лонгитюдного исследования последствий тяжелой утраты близких, потерявших своих родных и проживавших в шт. Коннектикут, США. Авторы публикации [Prigerson et al, 2008], в которой описано данное исследование, сообщили, что в период 6–12 месяцев после понесенной тяжелой утраты коэффициент распространенности пролонгированной реакции горя составил 3,3%. Они также указали, что этот числовой показатель почти наверняка занижен, поскольку результаты данного исследования были получены среди жизнестойкой популяции, в которой частота психических заболеваний была более низкой, чем у людей, принимавших участие в других исследованиях последствий тяжелой утраты близких.

В этой связи требуется провести дальнейшие исследования среди большого числа субъектов в разных локациях. Но, независимо от числовых показателей конечных результатов исследования, очевидно, что потеря близких приводит к серьезному и длительному страданию у значительного числа людей. Состояние здоровья людей, потерявших своих родных или близких, ухудшается сильнее, чем у людей, не перенесших подобную утрату [Stroebe et al, 2007; Lannen et al, 2008]. И среди родителей, потерявших своих детей, а также среди вдов обнаружен более высокий показатель смертности [Li et al, 2003; Parkes, 1986].

Факторы риска пролонгированной реакции горя

Для воспроизведения приведенных ниже клинических случаев авторы этой книги получили соответствующее этическое разрешение от тех, кто в них описан. Общеизвестно, что смерть ребенка, вероятно, является едва ли не самым травматическим событием, которое могут пережить родители [Sanders, 1979; Rosenblatt, 2000]. Ниже приведен трогательный тому пример.

Случай 1

46-летняя К. была замужем, но разошлась со своим мужем из-за его болезненной ревности. Она сама воспитывала трех своих детей: 13-летнюю дочь и двух сыновей 11 и 10 лет. Как она сама заявила, “ее мир рухнул”, когда ее 13-летняя дочь неожиданно умерла в результате анафилактиче-

ского шока, вызванного аллергией на арахис. К. чувствовала свою вину за то, что она не была рядом со своей дочерью, когда та умерла, и она горевала по поводу неудачного медицинского лечения и последовавшей за тем смерти ее дочери. Она не могла смириться со смертью своей дочери и еще долгие месяцы готовила для нее место за столом, когда наступало время приема пищи, когда она разговаривала со своей дочерью как с живой. А в другое время она оплакивала смерть своей дочери, чувствуя, что не сможет продолжать жить дальше без нее. Она сильно и постоянно тосковала за ней. И хотя К. продолжала ухаживать за своими сыновьями, удовлетворяя их естественные потребности, она все же сильно отстранилась от них эмоционально. Она чувствовала, что ее жизнь стала бессмысленной. Такие симптомы сохранялись у нее в течение 18 месяцев, когда психотерапевт впервые встретился с ней.

Несмотря на то, что у дочери К. не было рака, данный клинический случай рассмотрен здесь потому, что на примере этой женщины четко проявился опустошающий эффект смерти любимого ребенка. Самым мучительным для этой женщины было то обстоятельство, что жизнь утратила для нее всякий смысл. Такая утрата смысла была ярко описана ранее [Currier et al, 2006; Neimeyer, 2006]. Персональное смысловое значение утраты является главной областью действия КПТ для людей, потерявших своих родных и близких.

Горе К. в связи с утратой дочери усугублялось тем обстоятельством, что смерть ее дочери была внезапной и неожиданной. В подобных обстоятельствах человек не может психологически (т.е. с упреждающим гореванием) подготовиться к смерти любимого человека, которого он потерял. Как показало одно исследование, внезапная и неожиданная смерть может быть сопряжена с неблагоприятным исходом тяжелой утраты [Lundin, 1984]. А другое исследование показало, что люди, четко осознававшие, что их партнеры страдали от неизлечимого заболевания больше 6 месяцев, прежде чем умереть, со значительно большей вероятностью переживали эмоционально принятие тяжелой утраты в период после смерти своих партнеров [Maciejewski et al, 2007]. Еще одним фактором риска, наглядно демонстрируемым в описанном ниже другом клиническом случае, является большая степень зависимости от умершего человека [Johnson et al, 2006].

Случай 2

73-летняя Ф. встретила своего мужа, когда ей было 18 лет. Но серьезные отношения у них начались, когда ей было 25 лет, и они поженились через несколько месяцев. У них был один сын. У этой женщины были тесные отношения со своим мужем, но у нее не было близких друзей. Она, в частности, говорила: “Мы крепко держались друг друга, у нас не было тесных связей с другими людьми, и в этом не было особой потребности, поскольку нам было достаточно друг друга”. Ф. всегда была стеснительной, ей не хватало уверенности в себе, и поэтому она во всем полагалась на своего мужа, который принимал все важные решения на протяжении их супружеской жизни.

За два года до описываемых здесь событий у мужа этой женщины развилась глиома (опухоль головного мозга), в результате чего у него постепенно усилилась физическая немощь, слепота и, в конечном счете, деменция. Все свое свободное время Ф. уделяла уходу за мужем, иногда делая лишь небольшие перерывы на время, когда он находился в хосписе. Ее сын жил слишком далеко, чтобы оказывать ей практическую помощь.

После смерти мужа Ф., которая была практикующей христианкой, стала совершенно безутешной. Жизнь больше не имела для нее никакого смысла. Она была раздосадована и огорчена, прокомментировав свое состояние таким образом: “Страдания моего мужа были очень жестокими и ужасно несправедливыми. Он был нежным, любящим мужчиной, никогда не обижавшим никого.... Почему ему пришлось так много страдать в самом конце?” Она перестала ходить в церковь. А поскольку она всю свою супружескую жизнь зависела от своего мужа, то ей оказалось крайне трудно принимать какие-нибудь решения. И это, в свою очередь, сделало для нее обременительным выполнение необходимых обязанностей после смерти ее мужа. Она разговаривала со своим мужем каждый вечер, жалуясь ему, как ей недостает его и как она нуждается в нем. Ф. так сильно тосковала по своему мужу, что порой чувствовала его физическое присутствие в доме. “Без Джека, — говорила она, плача, — моя жизнь не имеет никакого смысла”.

Тяжелая утрата в детстве и сепарационная тревога

Противоположная смерти ребенка тяжелая утрата родителя в детстве также может быть главным фактором риска. Это особенное явление было подробно описано в фундаментальном труде Беверли Рафаэля [*Raphael*, 1984]. Но оно выходит за рамки этой главы, где речь идет, главным образом, о тяжелой утрате взрослыми людьми их родных и близких.

Основываясь на недавнем исследовании, проведенном среди 283 взрослых людей, потерявших своих родных и близких, была обнаружена статистически значимая ассоциация между осложненным горем и сепарационной тревогой в детстве [*Vanderwerker et al*, 2006]. Детская сепарационная тревога не была ассоциирована с депрессивным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством или генерализированным тревожным расстройством. Такие результаты, если они подтверждаются, указывают на то, что история сепарационной тревоги в детстве может стать главным фактором риска во взрослой жизни. В самом деле, ведущие в данной области авторитетные специалисты предполагают, что стили ненадежной привязанности в детстве [*Van Doom et al*, 1998; *Silverman et al*, 2001; *Grayling*, 2002; *Tomarken et al*, 2007] занимают центральное место в этиологии осложненного горя (т.е. пролонгированной реакции горя) [*Prigerson et al*, 2008].

Случай 3

61-летняя художница Б. потеряла своего партнера 16 месяцев назад, когда он умер от рака поджелудочной железы. Эта пара жила вместе 29 лет. И хотя их взаимоотношения были тесными, у них периодически возникала одна серьезная проблема. В частности, Б. расстраивалась всякий раз, когда ее партнер ходил сам повидаться со своими друзьями или в свой клуб. Она не подозревала его в неверности, но просто не могла принять, что ей приходилось иногда оставаться одной. И тогда она плакала и молила его не покидать ее, что обычно приводило к крупным ссорам.

Б. была еще ребенком, ей было 4 года, когда ее отец оставил семью. Вследствие этого она впадала в крайнюю тревогу всякий раз, когда она разлучалась со своей матерью даже на несколько минут. Она держалась за свою мать все свое детство, а затем и во взрослом возрасте до тех пор, пока не встретила своего партнера, когда ей было 32 года.

Б. ухаживала за своим партнером во время его болезни, которая началась с нарушения пищеварения, анорексии и боли в животе. У него развилась желтуха, а, в конечном счете, — кишечная непроходимость. Несмотря на хирургическое вмешательство и химиотерапию, его болезнь прогрессировала, сопровождаясь потерей веса и усилением боли, хотя и предпринимались попытки снять боль. Б. настояла на том, чтобы забрать его из больницы домой, где она ухаживала за ним сама, хотя и обращалась за помощью к медсестрам из хосписа. И так продолжалось 9 месяцев до тех пор, пока он не умер.

Когда психотерапевт встретился с Б. через 16 месяцев после смерти ее партнера, она была огорчена и раздосадована постигшей ее тяжелой утратой. У нее было такое чувство, что она никогда больше не сможет доверять докторам. Б. тосковала по своему партнеру до такой степени, что не была в состоянии возобновить свою работу художницы или видаться с друзьями. История этой женщины четко обнаруживает роль детской сепарационной тревоги стили ненадежной привязанности при пролонгированной реакции горя.

Факторы риска при пролонгированной реакции горя, о которых сообщалось в различных исследованиях, перечислены в блоке 15.2. Следует, однако, иметь в виду, что доказательства в пользу этих факторов нередко основываются на корреляционных исследованиях. Но для проверки сообщенных результатов потребуются лонгитюдные исследования.

Блок 15.2. Выявленные факторы риска пролонгированной реакции горя

- Смерть собственного ребенка.
- Смерть родителя.
- Тесная взаимосвязь с умершим.
- Высокий уровень зависимости от умершего
- Стили ненадежной привязанности.
- Потеря смысла собственной жизни.
- Внезапная непредвиденная смерть.
- Детская сепарационная тревога
- Жестокое обращение в детстве.

Терапия пролонгированной реакции горя

По словам современного британского философа Энтони Грейлинга, “Мир никогда больше не будет тем же самым после тяжелой утраты родных и близких. Мы не преодолеваем утраты, а лишь учимся жить с ними” [Grayling, 2002]. Это мнение согласуется с нашими клиническими наблюдениями. Цель терапии состоит не в том, чтобы достичь так называемого “завершения”, но в том, чтобы предоставить людям, потерявшим своих родных и близких, возможность научиться жить со своей утратой. Таким образом, широкая цель терапии состоит в том, чтобы дать людям, потерявшим своих родных и близких, возможность найти смысл посреди утраты [Neimeyer, 2006].

Основное внимание в этой главе уделяется пролонгированной реакции горя, возникающей после смерти, вызванной онкологическим заболеванием. Она включает в себя наблюдение за медленным, болезненным истощением и, в конечном итоге, смертью любимого человека, что, очевидно, является длительным и горестным переживанием. Более того, у оставшегося в живых горюющего человека возникают сомнения в лечении, которое получил умерший, особенно остро стоит вопрос, касающийся любой воспринятой или реальной задержки в диагностике. Подобные сомнения порождают гнев и усиливают горевание, а следовательно, они должны быть рассмотрены психотерапевтом.

Некоторые полезные рекомендации

Ниже приведен ряд полезных рекомендаций для оказания психологической помощи при пролонгированной реакции горя у основных опекунов.

1. Прежде чем приступать к КПТ, психотерапевт должен внимательно ознакомиться с подробностями заболевания умершего пациента и его лечения.
2. Первый шаг состоит в том, чтобы попросить горюющего подробно рассказать о месяцах и неделях, предшествовавших смерти пациента, а также о том, как это повлияло на его жизнь.
3. Следует изучить личную историю, а также историю перенесенных психических расстройств, включая любые свидетельства детской сепарационной тревоги. В данном случае уместны когнитивные и поведенческие процедуры. Цели терапии должны быть определены вместе с горюющим человеком.

Когнитивные техники

Очень важно найти любые ошибки в мышлении и противодействовать им. Ниже перечислены типичные ошибки в мышлении людей, потерявших своих родных и близких.

- Неоправданная вина и самокритика, нередко характеризующаяся “должными” утверждениями. Например: “Я должен был раньше отвести свою жену к врачу, и если бы я это сделал, она бы теперь жила”, “Я должна была быть вместе с ним в момент его смерти, но я пошла позвонить по телефону, а когда вернулась в палату, он уже умер”. Психотерапевту очень важно отличать самокритику, характерную для конкретной ситуации (т.е. ограниченную событиями, окружавшими неизлечимое заболевание любимого человека), от самокритики, симптоматичной для распространенного негативного базового убеждения. Совладать с последним, очевидно, труднее, для чего потребуется длительная терапия, во время которой могут быть исследованы и вынесены на обсуждение возможные причины подобных убеждений.
- Мышление в стиле “все или ничего”, например: “Моя жизнь закончилась с тех пор, как он умер”.
- Негативные предвидения, например: “Я никогда не буду счастлив (счастлива) снова”.
- Неправомерный гнев, направленный на врачей и медсестер, лечивших умирающего пациента.
- Страх о том, что подробности внешнего вида или голоса умершего партнера невозможно будет точно припомнить, и что в конечном счете горюющий его забудет. В таком случае психотерапевту следует заверить горюющего, что даже если определенные подробности станут нечеткими, память об умершем партнере все равно у него останется.

Поведенческие техники

Ниже перечислены поведенческие техники, используемые для работы с пролонгированной реакцией горя у основных опекунов.

- Постановка достижимых, совместно согласованных целей, дающих удовольствие или удовлетворение достигнутым (например, встреча с друзьями, работа в саду, улаживание финансовых дел, возникающих в связи со смертью партнера). Подобные цели способствуют постепенному возвращению к прежним занятиям. Если, как это часто бывает, горящий партнер чувствует вину в связи с получением какого-нибудь удовольствия от своих занятий, он может получить успокоение отвечая на вопрос — одобрил бы его партнер такие чувства. Следует вести записи ежедневной активности и приносить их на терапевтические сессии. Преимущества ведения ежедневных записей подробно изложены в главе 8.
- Следует поощрять эмоциональное выражение горя.

Случай 4

Жена 71-летнего инженера П., ушедшего в свое время на пенсию, умерла от рака молочной железы 9 месяцев назад. Живя в счастливом браке, они решили не иметь детей. Им доставляло удовольствие быть в компании друг друга, у них был ряд общих интересов и чувство юмора. Десять лет назад у жены П. развилось депрессивное расстройство, во время которого муж оказывал всяческую поддержку, помогая ей в этот трудный период, который длился целый год.

Ее онкологическое заболевание, диагноз которого был поставлен 2 года назад, прогрессировало, несмотря на лечение в виде хирургического вмешательства, химиотерапии и приема тамоксифена. Она стала все больше утомляться и слабеть, потеряв 9 килограммов в весе. Кроме того, у нее появились болезненные метастазы в костях позвоночника, которые в итоге привели к параплегии. С помощью медсестер из хосписа, ухаживавших за женой П. на дому, и двух кратких периодов ее пребывания в хосписе, он присматривал за ней до тех пор, пока ее физическое состояние не ухудшилось настолько, что ее пришлось определить в центр сестринского ухода, где она умерла через 10 дней.

В течение 9 месяцев после смерти жены у П. развились классические симптомы пролонгированной реакции горя. Он тосковал по своей жене, чувствовал сильную скорбь, не мог поверить, что она уже мертва, ощущал оцепенение и не был в состоянии продолжать жить дальше, поскольку жизнь больше не имела для него никакого смысла. Он перестал видеться с друзьями и не отвечал на телефонные звонки. Свое состояние он описал как “пустое и лишенное всякого чувства”.

Терапия началась с попыток *направленной скорби*, описанной в [Mawson et al, 1981]. Подобным методом психотерапевт побуждал данного пациента вспоминать и неоднократно описывать подробно последний этап онкологического заболевания его жены и обстоятельства вокруг ее смерти. Но такая процедура не принесла никакого улучшения, а более успешной оказалась КПТ. В ходе терапии были согласованы ее цели, а именно облегчить сильную скорбь данного пациента и дать ему возможность вернуться к своей прежней нормальной жизни. П. с готовностью принял предложенную ему когнитивную модель как рациональную, что было для него важно. Вместе с психотерапевтом ему удалось выявить и затем устранить целый ряд ошибок в его мышлении. Например, такие мысли: “Я потерял покойную, поскольку мне не следовало допускать, чтобы ее определили в центр сестринского ухода, куда она не хотела отправляться”, “Возможно, если бы я оставил ее дома, она бы прожила дольше... может быть, даже была жива до сих пор”. Подобные негативные автоматические мысли мучили его, что в итоге привело к ощущению большей вины, самокритике и стрессовым переживаниям.

П. обнаружил во время сессий КПТ, что подобные тягостные симптомы можно ослабить, противодействуя исходным негативным мыслями и принимая рациональные реакции на них. Например, такие ответные мысли: “По медицинским показателям состояния ее здоровья было невозможно продолжать уход за ней дома, именно поэтому было необходимо определить ее в центр сестринского ухода”, “Нет никаких оснований полагать, что она прожила бы дольше, если бы осталась дома”. Он навещал свою жену каждый день, оставаясь с ней в течение нескольких часов, и согласился, что медицинская помощь и уход за ней были фактически “на высшем уровне”.

Поведенческая составляющая КПТ заключалась в постановке реалистичных и достижимых целей. П. согласился, что совершать телефонные звонки и отвечать на них благоразумно, но при этом он обнаружил, что не может это делать. Как выяснилось в ходе терапии, объяснялось это тем,

что он боялся эмоционального потрясения, если родственники или друзья спросят его о смерти жены и теперешних его чувствах. Поэтому психотерапевт предложил П. попробовать контролировать те темы, которые он желал или же не хотел обсуждать, и благодаря этому удалось устранить его боязнь эмоционального потрясения. Кроме того, психотерапевт побудил данного пациента позвонить своей сестре, общаться с которой он опасался меньше всего. И к своему удивлению П. удалось контролировать весь телефонный разговор с сестрой, как и предполагалось. А в дальнейшем он нашел в себе силы поговорить и с другими родственниками и друзьями. В итоге страх у данного пациента пропал, что стало важным шагом на пути к преодолению его социальной изоляции.

Но все же П. слишком много времени находился дома, оставаясь подавленным своим горем и ничего не делая. Поэтому психотерапевт предложил ему составить перечень заданий, которые могли бы доставить ему чувство удовлетворения достигнутым и/или удовольствие, а также вести дневник, записывая в нем то, что ему удалось сделать каждый день (т.е. спланировать свою активность). Он осуществил самую разную активность: от простых заданий (например, посадки луковиц в саду) до сложных заданий (например, сортировки одежды своей жены для передачи в благотворительный магазин). В итоге он постепенно вернулся к более нормальной повседневной жизни. По окончании КПТ после 10 сессий терапии самочувствие П. заметно улучшилось. И хотя он по-прежнему скорбел по своей жене, чувствуя, как ему недостает ее, он больше не страдал от симптомов реакции осложненного горя и начал возвращаться к своей обычной жизни. Ему удалось сохранить достигнутый прогресс, когда психотерапевт встретился с ним через 6 месяцев после курса терапии, как показано в табл. 15.1.

Таблица 15.1. Оценки по шкале HDRS* партнера П. из случая 4

	Первая сессия КПТ	Окончание КПТ	6-месячный период после КПТ
Тревога	11	6	3
Депрессия	15	8	7

* HDRS — Hamilton Depression Rating Scale.

Применение КПТ при пролонгированной реакции горя является относительно новой областью. Поэтому теперь требуется провести строгие крупномасштабные рандомизированные контролируемые исследования, в

ходе которых необходимо сравнить КПТ с другими формами психологической терапии. Начало этому было положено авторами публикации [Shear et al, 2005], которые сравнили 16 сессий “терапии осложненного горя”, частично основанной на когнитивных и поведенческих техниках, с аналогичным количеством сессий стандартной межличностной терапии. Авторы данного исследования сообщили, что их терапия, основанная на когнитивных и поведенческих методах, значительно превосходила межличностную терапию в отношении ослабления симптомов гнетущего горя. Было проведено и другое рандомизированное контролируемое исследование, по результатам которого сообщалось, что КПТ превосходила поддерживающее консультирование в отношении ослабления симптомов пролонгированной реакции горя [Boelan et al, 2007]. Терапия людей, страдающих от пролонгированной реакции горя, является важной клинической задачей, которая должна быть эмпирически обоснованной. Следовательно, требуется дальнейшее исследование форм психологической терапии, специально предназначенных для пациентов с пролонгированной реакцией горя.

Резюме

Основным опекунам, потерявшим родных и близких в результате онкологического заболевания, требуется психотерапия, если выясняется, что у них развилась пролонгированная реакция горя. В этой главе были изложены диагностические критерии такого расстройства, а также проанализирована частота его возникновения и возможные факторы риска. В качестве наглядных примеров в этой главе был описан ряд клинических случаев такого расстройства и процедуры его терапии средствами КПТ, а также даны некоторые клинические рекомендации по этому поводу. Недостаток рандомизированных контролируемых исследований заостряет внимание на потребности в исследованиях такой терапии.

Групповая терапия

В этой главе рассматриваются особенности групповой терапии для пациентов с онкологическим диагнозом

Индивидуальная терапия в сравнении с групповой терапией

Дэвид Шпигель, первопроходец в области групповой терапии для онкологических пациентов, представил в своей публикации [Spiegel et al, 1999] три перечисленные ниже преимущества групповой терапии.

1. Социальная (т.е. эмоциональная) поддержка, которую пациенты предоставляют друг другу.
2. “Принцип вспомогательной терапии”, посредством которого пациенты поднимают самооценку, используя свои возможности помогать другим людям в группе.
3. Эффективность затрат.

Последнее из упомянутых выше преимуществ самоочевидно. Но, несмотря на увеличение давления (как в Великобритании, так и в США) со стороны тех, кто распоряжается финансами, знает цену всего и ценность ничего, деньги не должны быть решающим фактором. Мы согласимся с тем, что два первых преимущества, перечисленных Шпигелем, несомненно, являются важными аргументами в пользу групповой терапии. А с другой стороны, у терапии, проводимой вместе с отдельными пациентами и их партнерами (т.е. у описываемой здесь АПТ) имеются свои определенные преимущества. Во-первых, общепризнанно, что онкологическое заболевание оказывает воздействие не только на пациента, но и на близких ему людей (см., например, [Baidar et al, 1996]), поэтому так важно привлечь их к помощи онкологическому пациенту [Speice et al, 2000]. И это достигается средствами АПТ. И, во-вторых, имеется одно неудобное обстоятельство, которое не упоминается в литературе по групповой терапии и состоит в

том, что далеко не все пациенты желают присоединиться к группе, а некоторые из них предпочитают индивидуальную психотерапию.

В самом деле, привлечь онкологических пациентов к групповой терапии нередко оказывается очень трудно. Доля отказавшихся от такой терапии составляет не меньше 69% и даже доходит до 80%, как сообщается в [Ford et al, 1990] и [Edelman et al, 1999b] соответственно. Авторы публикации [Semple et al, 2006] опросили пациентов с диагнозом рака головы и шеи, какую форму КПТ они бы предпочли. И они поставили индивидуальную терапию на первое место, библиотерапию — на второе место, а групповую терапию — на последнее по популярности место. Итак, ответ очевиден: пациентам должна быть доступна, как индивидуальная, так и групповая терапия, чтобы у них была возможность сделать выбор.

В обзоре клинических исследований, представленном в главе 3, было показано, что психологическая терапия может значительно улучшить качество жизни (т.е. обеспечить психологическую адаптацию) онкологических пациентов, и такое улучшение задокументировано в исследованиях групповой и индивидуальной терапии. Непосредственное сравнение группового и индивидуального консультирования проводится редко. Авторы публикации [Cain et al, 1986] методом случайного выбора назначили последовательной серии пациенток женщин с гинекологическими раками рутинное сопровождение, индивидуальное и групповое консультирование соответственно. Само консультирование состояло из 8 сессий, во время которых пациентки обсуждали свои страхи, были проинформированы об особенностях их онкологического заболевания и получали рекомендации относительно диеты, физических упражнений и сексуального функционирования. Кроме того, их обучили релаксации и поощряли выражать свои чувства опекунам и членам семьи, а также поставить перед собой краткосрочные и долгосрочные цели. Через шесть месяцев после консультирования пациентки из обеих групп, прошедших индивидуальное и групповое консультирование, продемонстрировали значительное улучшение своей психологической адаптации по сравнению с контрольной группой. В итоге индивидуальное и групповое консультирование оказалось в равной степени полезным.

Авторы публикации [Fawzy et al, 1996] распределили 104 пациента с недавно поставленным диагнозом меланомы на группы для прохождения 6 сессий групповой КПТ или 6 сессий индивидуальной КПТ или в группу только для диагностического оценивания. И в этом случае групповая и ин-

дивидуальная терапия оказалась в равной степени эффективной, превзойдя по своим результатам контрольную группу. В течение года клинического наблюдения групповая терапия показала более заметное улучшение показателей копинговых навыков, чем индивидуальная терапия. Мета-анализ исследований, проведенных с целью обнаружить снижение тревоги и/или депрессии у онкологических пациентов [Sheard and Maguire, 1999], показал, что групповая терапия оказалась эффективной в той же степени, что и индивидуальная терапия (см. главу 3).

Различные модели групповой терапии

В литературе описаны различные формы групповой терапии, проводимой профессиональными психотерапевтами для онкологических пациентов. *Психоэдукационные группы* сосредоточены на ознакомлении пациентов с особенностями их онкологического заболевания и лечении, которое они получают. Кроме того, пациенты часто обучаются навыкам совладания, стресс-менеджменту и упражнениям на релаксацию. Такая терапия кратковременна и обычно продолжается около 6–8 недель. Примеры программ психоэдукационной групповой терапии были оценены в рандомизированных испытаниях, включенных в исследования, проведенные авторами публикаций [Weisman et al, 1980; Johnson, 1982; Cain et al, 1986; Cunningham and Tocco, 1989; Fawzy et al, 1990a, b; Berglund et al, 1994].

Поддерживающе-экспрессивная групповая терапия была разработана авторами публикации [Spiegel et al, 1981, 1989], а подробности методов, применяемых при такой терапии, опубликованы в форме руководства [Spiegel and Spira, 1991]. В общих словах, группы из 7–10 женщин с диагнозом метастатического рака молочной железы собирались в течение года. На этих встречах пациентки обсуждали особенности лечения своего онкологического заболевания, проблемы и трудности общения в семье, учились жить с неизлечимым заболеванием, а также рассматривали вопросы, касающиеся умирания и смерти. Основной акцент на подобных встречах делался на выражении чувств и страхов по поводу онкологического заболевания пациенток, а также на взаимной поддержке и стремлении чему-то научиться друг у друга, что и составляет так называемый “принцип вспомогательной терапии”.

Когнитивно-поведенческие методы были адаптированы с целью удовлетворения специфических потребностей онкологических пациентов сна-

чала в форме индивидуальной терапии [Moorey and Greer, 1989], а затем и в форме групповой терапии [Kissane et al, 1997; Edelman et al, 1999b]. Особенности индивидуальной терапии в форме АПТ, подробно описанные ранее в этой книге, можно распространить и на групповую терапию. К их числу относится сосредоточение основного внимания на конкретных текущих проблемах, выявление негативных автоматических мыслей и работа с ними, постановка целей, выработка копинговых навыков, планирование активности, дающей ощущение удовлетворения достигнутым и/или удовольствием, обучение релаксации и содействие выражению эмоций.

Три широкие категории групповой терапии, описанные здесь, четко не обозначены и взаимно не исключают друг друга. Психотерапевты, практикующие групповую терапию, иногда сочетают элементы, взятые из более чем одного типа терапии. Так, авторы публикации [Cunningham and Tocco, 1989] сочетали методы психоэдукационного метода с поддерживающими дискуссиями и некоторыми когнитивно-поведенческими методами. Одно очевидное отличие различных форм групповой терапии состоит в продолжительности курса лечения. Психоэдукационная и когнитивно-поведенческая формы групповой терапии обычно проводятся в течение коротких промежутков времени (приблизительно от 6 до 12 месяцев), тогда как поддерживающе-экспрессивная групповая терапия, предложенная Шпигелем, продолжается целый год. Но в проведенном им исследовании принимали участие женщины с продвинутой стадией рака [Spiegel et al, 1989]. В дальнейшем Шпигель приспособил поддерживающе-экспрессивную групповую терапию для лечения женщин, которым недавно был поставлен диагноз рака молочной железы, в течение всего лишь 12 еженедельных сеансов [Spiegel et al, 1999].

В блоке 16.1 сведены техники, применявшиеся в семи итоговых исследованиях групповой КПТ для онкологических пациентов. Большинство распространенных интервенций состояло в релаксации, постоянном отслеживании автоматических мыслей и совладании с ними, эдукации об онкологическом заболевании, постановке целей, разрешении проблем, коммуникации и ассертивности, стресс-менеджменте и психологической поддержке.

Блок 16.1. Групповые КПТ интервенции, которые используются для работы онкологическими пациентами

- Эдукация об онкологических заболеваниях [*Heinrich and Schag, 1985; Fawzy et al, 1990a,b, 1993*].
- Релаксация [*Heinrich and Schag, 1985; Telch and Telch, 1986; Cunningham and Tocco, 1989; Fawzy et al, 1990a,b, 1993; Edelman et al, 1999a,b; Edmonds et al, 1999*].
- Позитивные ментальные образы [*Cunningham and Tocco, 1989; Edmonds et al, 1999*].
- Постановка целей [*Cunningham and Tocco, 1989; Edelman et al, 1999a,b; Edmonds et al, 1999*].
- Физическая активность [*Heinrich and Schag, 1985*].
- Планирование приятных событий [*Telch and Telch, 1986*].
- Управление стилем жизни [*Cunningham and Tocco, 1989; Edmonds et al, 1999*].
- Разрешение проблем [*Telch and Telch, 1986; Fawzy et al, 1990a,b, 1993*].
- Коммуникация и асертивность [*Telch and Telch, 1986 ; Edelman et al, 1999a,b*].
- Управление чувствами [*Telch and Telch, 1986*].
- Стресс-менеджмент [*Telch and Telch, 1986*].
- Тренинг копинговых навыков [*Fawzy et al, 1990a,b, 1993*].
- Отслеживание негативных автоматических мыслей и противодействие им [*Telch and Telch, 1986; Cunningham and Tocco, 1989; Edelman et al, 1999a,b; Edmonds et al, 1999*].
- Психологическая поддержка [*Telch and Telch, 1986; Fawzy et al, 1990a,b, 1993*].

Что общего у всех моделей групповой терапии

Итак, описав разные модели и формы групповой терапии, следует заметить, что им обычно присущи некоторые очень важные общие черты. Все эти общие черты перечислены ниже.

- *Взаимная поддержка*, которую пациенты оказывают друг другу, положена в основу всех форм групповой терапии. Одно из практических последствий такой поддержки заключается в том, что, в отличие от групповой терапии, проводимой в психиатрической практике, онкологические пациенты вовлекаются поддерживать связь друг с другом вне сеансов групповой терапии.
- Психотерапевт сосредоточивает основное внимание группы на *текущих проблемах*.
- Психотерапевт содействует нормальному *взаимодействию* между членами группы.
- Психотерапевт побуждает членов группы открыто выражать свои чувства.
- В ходе группового процесса психотерапевт прививает пациентам умение разрабатывать активные копинговые *стратегии*. Как и при индивидуальной терапии, это обычно начинается с информирования и эмоционально-фокусированного копинга, за которым следует разработка проблемо-фокусированных решений текущих пациентских проблем [Spiegel et al, 1999] и, наконец, содействие в разработке смысло-ориентированного копинга для улучшения психологического благополучия [Folkman and Greer, 2000].

Терапия для всех или для избранных?

Должны ли проходить психотерапию все пациенты, у которых диагностирован рак, или же только те из них, которые проявляют признаки эмоционального дистресса? К решению этого извечного вопроса требуется подойти руководствуясь здравым смыслом. Как показывает наш клинический опыт, приобретенный в Великобритании, онкологические пациенты, проявляющие лишь малые признаки или не имеющие вообще никаких признаков психологической морбидности, вероятнее всего, отклоняют

по понятным причинам приглашение принять участие в психотерапии. Потребности этих пациентов лучше всего удовлетворяют подготовленные консультанты, работающие с онкологическими пациентами (как правило, медсестры), которые могут предоставить информацию, нужную пациентам, или же дать им необходимые разъяснения.

И напротив, те пациенты, которым требуется и, вероятнее всего, полезно пройти курс психологической терапии, постоянно переживают постоянный эмоциональный дистресс, чувствуют свою беспомощность и безнадежность и имеют клинические признаки тревоги или депрессии. И действительно, исследования показали, что в группах повышенного риска, где пациенты проходили такое лечение, были достигнуты лучшие результаты [Sheard and Maguire, 1999]. Таких пациентов можно выявить, применяя психологические скрининговые инструменты, разработанные авторами публикаций [Weisman et al (1980); Greer and Watson (1987); Zabora et al (1990); а также Watson et al, 1994].

Практические соображения

Когда принимается решение организовать групповую работу, приходится решать целый ряд практических вопросов. В частности, сколько пациентов следует включить в группу? Должна ли группа быть открытой (т.е. новые пациенты могут присоединиться к ней в любой момент) или же закрытой (т.е. группа формируется один раз на все время терапии без возможности присоединения к ней новых пациентов)? Следует ли включать в конкретную группу пациентов с разными формами и стадиями онкологического заболевания или же состав этой группы следует ограничить пациентами с одинаковой формой и стадией онкологического заболевания? На каких стадиях онкологического заболевания следует предоставить групповую терапию? И, наконец, как долго должна продолжаться групповая терапия? Определенных, эмпирически обоснованных ответов на все эти вопросы дать нельзя. Однако в литературе имеется несколько подробных информативных описаний групповой терапии, где даются полезные рекомендации по ее организации и проведению (см., например, [Spiegel and Spira, 1991; Kissane et al, 1997; Spira, 1998; Edelman et al, 1999a,b; Feigin et al, 2000]).

Такая терапия обычно проводится с 6–12 пациентами в закрытых или полужакрытых группах. В обоих случаях пациенты обязуются посетить согласованное число сессий терапии. Закрытые группы больше подходят для

проведения краткосрочной терапии. Но там, где планируется долгосрочная терапия (особенно для пациентов с продвинутыми стадиями онкологического заболевания), вероятность высокого коэффициента выбытия пациентов из-за усиливающейся немощности или смерти мешает формированию закрытой группы. При таких обстоятельствах лучше всего организовать полужакрытые группы, в которые могут быть приглашены новые пациенты вместо выбывших.

Принимая во внимание диагноз и стадию онкологического заболевания, почти все психотерапевты, за исключением авторов публикации [Weisman et al, 1980], предпочитают работать с группами, состоящими из пациентов с одинаковой формой и стадией онкологического заболевания. Преимущества гомогенных групп, у членов которых много общего, вполне очевидны. Но если речь идет о редких формах рака, то найти достаточное число пациентов для формирования подобных групп практически невозможно. Для преодоления этой практической проблемы автор публикации [Spira, 1998] ратует за формирование смешанных групп, состоящих из пациентов с разными формами и стадиями онкологического заболевания. Впрочем, работа со смешанными группами представляет значительные трудности, поскольку у отдельных ее членов зачастую оказываются совершенно разные потребности. На наш взгляд, наилучшим решением для таких пациентов является индивидуальная терапия.

И, наконец, следует обратить внимание на время проведения и продолжительность групповой терапии. Несмотря на то, что оба эти фактора могут оказывать заметное влияние на исход групповой терапии, ни один из них не подвергся контролируемому клиническим исследованиям. Как показывает клинический опыт, групповая терапия чаще всего требуется непосредственно после постановки первоначального диагноза, при рецидиве или тогда, когда есть доказательства распространения онкологического заболевания, а также во время терминальной стадии. Но поскольку психологические интервенции могут потребоваться отдельным пациентам в разное время в зависимости от сложившихся у них конкретных обстоятельств, то психотерапия должна быть доступна на каждой стадии онкологического заболевания [Sellick and Crooks, 1999].

Как уже отмечалось, продолжительность групповой терапии может разниться в пределах от 4 еженедельных сессий [Weisman et al, 1980] до еженедельных сессий, проводимых на протяжении целого года [Spiegel et al, 1981]. Оптимальное количество сессий терапии не определено эмпириче-

ски, но очевидно, что оно будет различаться в зависимости от индивидуальных потребностей пациентов и стадии онкологического заболевания. В систематическом обзоре форм групповой терапии [Sherman et al, 2004] его авторы пришли к выводу, что имеются доказательства эффективности, как кратких структурированных интервенций, так и более продолжительной работы с взаимодействующими группами. В целом, краткосрочная терапия подходит пациентам с ранними стадиями рака, тогда как пациентам с более поздними стадиями потребуется более продолжительная терапия.

Сравнение моделей групповой терапии

Ранее были описаны исследования влияния индивидуальной и групповой психологической терапии на качество жизни и выживание пациентов. В связи с этим возникает следующий вопрос: какая модель групповой терапии обеспечивает наилучшие результаты? Что касается выживания, то ни в одном из проведенных исследований не сообщается о сравнении разных моделей групповой терапии. А что касается качества жизни, то в результате всестороннего мета-аналитического исследования психологических интервенций, как индивидуальных, так и групповых, обнаружилось, что подобные интервенции значительно улучшают эмоциональную и функциональную адаптацию, а также влияют на симптомы, связанные с онкологическим заболеванием и его лечением, хотя и наблюдались значительные отличия в результатах различных видов вмешательства [Meyer and Mark, 1995]. Однако авторы данного исследования отмечают, что полученные ими результаты основываются на тех исследованиях, где производилось сравнение групп пациентов, проходивших психотерапию, с контрольными группами, где такая терапия не проводилась. Они рекомендуют проводить исследования, непосредственно сравнивая различные формы терапии.

Авторы публикации [Cunningham and Tocco, 1989] сравнили психоэдукационную групповую терапию, включая обучение навыкам совладания, с поддерживающей терапией, включавшей в себя поддерживающие дискуссии, вентиляцию чувств и обмен информацией. У пациентов, принимавших участие в данном исследовании, были разные формы рака, самым распространенным из которых оказался рак молочной железы. В группе, обучавшейся навыкам совладания, удалось достичь большего улучшения аффективных симптомов, чем у пациентов прошедших только поддерживающую терапию. Об аналогичных результатах сообщили авторы публи-

кации [Telch and Telch, 1986], сравнившие группу, обучавшуюся навыкам совладания, с группой поддерживающей терапии и контрольной группой, не проходившей никакой терапии, среди пациентов с разными формами рака, у которых проявлялся “заметный психологический дистресс”. Полученные в итоге результаты показали неизменное превосходство интервенции, которая была нацелена на обучение копинговым навыкам над поддерживающей терапией и отсутствием терапии в контрольной группе. В небольшом пилотном исследовании, описанном в [Bottomley et al, 1996], пациенты с недавно диагностированным онкологическим диагнозом с выраженным психологическим дистрессом были распределены в три группы: группу когнитивно-поведенческой терапии, группу социальной поддержки и нетерапевтическую контрольную группу. Полученные в итоге результаты показали превосходство КПТ над социальной поддержкой в улучшении пациентских копинговых стилей.

Эти несколько исследований предоставили ряд предварительных результатов, позволяющих предположить, что когнитивно-поведенческие методы могут быть более успешными, чем поддерживающие дискуссии при групповой терапии. Но таких доказательств явно недостаточно, чтобы сделать твердые выводы. Исследование 353 женщин с годичным диагнозом первичного рака молочной железы, которые были случайным образом распределены в группу поддерживающе-экспрессивной групповой терапии или в эдукационную контрольную группу, не выявило никаких доказательств уменьшения дистресса в группе поддерживающе-экспрессивной групповой терапии [Classen et al, 2008].

Любопытное предположение выдвинули авторы публикации [Bloch and Kissane, 1995], которые утверждают, что КПТ больше подходит для ранних стадий онкологического заболевания, чтобы помочь пациентам адаптироваться к их потенциальному “выживанию”. А с другой стороны, поддерживающе-экспрессивная групповая терапия побуждает пациентов делиться своими чувствами по поводу экзистенциального беспокойства, и по этой причине она может быть более пригодной для пациентов с метастатическим онкологическим заболеванием. Доказательства, полученные из двух рандомизированных исследований, проведенных на момент написания этой книги, подтверждают упомянутое предположение. В то же время оказалось, что поддерживающе-экспрессивная групповая терапия снижает уровень эмоционального дистресса у женщин с диагнозом метастатического рака молочной железы [Classen et al, 2001], тогда как у жен-

щин с диагнозом первичного рака молочной железы подобного эффекта не обнаружено [Classen et al, 2008]. Но что касается индивидуальной КПТ, то проведенные нами рандомизированные исследования, показывают, что КПТ способствует значительному улучшению качества жизни пациентов с диагнозом преимущественно первичного рака [Greer et al, 1992], а также пациентов с продвинутыми стадиями рака (см. главу 12).

Ведущий исследователь и психотерапевт, лично переживший рак и в итоге выживший, рекомендует другой подход.

“Безусловно, имеет смысл пользоваться формами терапии, сочетающей в себе все методы, которые ответственный психотерапевт описал пациентам как способные ему помочь. И здесь нет места для предвзятости.”

[Cunningham, 1999]

Небольшое количество исследований, комбиниравших поддерживающе-экспрессивную групповую терапию с КПТ у женщин с диагнозом рака молочной железы, не продемонстрировали стабильно позитивных результатов [Boutin, 2007].

Краткие итоги и выводы

Итак, подведем краткие итоги всего, что было изложено в этой главе в отношении групповой терапии.

1. Индивидуальная и групповая терапия должна быть доступна для тех онкологических пациентов, которые на основании психологического скрининга продемонстрировали наличие постоянного эмоционального дистресса (клинической тревоги, депрессии и/или беспомощности и безнадёжности).
2. Групповую терапию, проводимую среди онкологических пациентов, можно разделить на три категории: психоэдукационную, поддерживающе-экспрессивную и когнитивно-поведенческую, хотя эти модели и формы групповой терапии могут перекрываться.
3. Исследования, в которых сравнивались разные модели и формы групповой терапии, довольно редки. Полученные предварительные результаты предполагают преимущества КПТ, но прежде чем сделать какие-нибудь твердые выводы, требуются дополнительные исследования.

4. Для групповой терапии рекомендуется формировать однородные группы, состоящие из 6–12 пациентов с одинаковой формой и стадией онкологического заболевания.
5. Групповая терапия чаще всего требуется после постановки онкологического диагноза, при его рецидивах и в терминальной стадии, хотя она должна быть доступна в течение всего онкологического заболевания.
6. Длительность терапии, задокументированная в литературе, широко варьируется. Как показывает клинический опыт, пациенты, находящиеся на ранней стадии онкологического заболевания, могут извлечь пользу из краткосрочной терапии, тогда как пациентам, находящимся на продвинутой или терминальной стадии заболевания, потребуется более длительная терапия.
7. Чтобы определить сравнительную эффективность разных моделей и форм групповой терапии, оптимальные сроки проведения и продолжительность психологического вмешательства, потребуются дополнительные исследования.

Заключительные замечания

В этой книге мы попытались достичь равновесия между теорией, данными исследований и практическим их анализом, обновив первоначальное издание в каждой из рассматриваемых здесь областей. Однако основной акцент в этой книге по-прежнему делается на клиническом применении когнитивно-поведенческих техник для онкологических пациентов. Несмотря на большое количество работ, демонстрирующих эффективность КПТ для онкологических пациентов, среди них все же имеется относительно мало практических текстов, описывающих “как сделать это”. Мы, разумеется, не смогли охватить в этой книге всю область психологической онкологии и даже не пытались рассмотреть все исследования психологической морбидности в онкологическом заболевании и свести вместе весь постоянно растущий корпус данных о копинге.

Вместо этого мы воспользовались в главах 1 и 2 результатами некоторых исследований, чтобы продемонстрировать модель адаптации к онкологическому заболеванию, образующую основание АПТ. В главах 3 и 4 содержится краткий обзор литературы, касающейся эффективности когнитивно-поведенческих вмешательств при онкологическом заболевании, а также доказательств того, что ментальная адаптация к такому заболеванию может повлиять на его исход. Во второй части этой книги было продемонстрировано применение модели, описанной в первой части, в качестве основания для практического руководства по психотерапии, предназначенной для онкологических пациентов.

Несмотря на то, что в этой книге была наглядно продемонстрирована эффективность АПТ, все же остались неразрешенные вопросы. К их числу относится выявление эффективных компонентов терапевтического комплекса, сравнение (на основании доказательств) эффективности АПТ с другими формами терапии (например, консультированием), а также выяснение тех категорий пациентов, которым АПТ может принести наибольшую пользу. Но, вероятно, важнее всего то, что нам требуется найти пути распространения тех техник, которые показали свою эффективность

в рандомизированных контролируемых исследованиях, проводившихся опытными специалистами в клинических условиях. Работа в данной области на момент написания этой книги велась в двух интересных направлениях.

Во-первых, более простые методы “оказания первой помощи” распространялись среди специалистов сферы онкологии, а во-вторых, совершенствовались новые методы для использования КПТ терапевтами в работе с более тяжелыми и сложными случаями. Надеемся, что эта книга окажется полезной для всех – и для специалистов, работающих в онкологической сфере и для КПТ терапевтов в деле продвижения когнитивного-поведенческого подхода для онкологических пациентов на следующий этап развития.

Приложение 1

Совладание с раком

Каждый учится справляться с онкологическим заболеванием по-своему, привлекая сильные стороны своего характера и собственные ресурсы к процессу совладания с ним. Существует столько различных реакций на рак, сколько людей с этим заболеванием. Психотерапия может помочь найти то, что будет лучше всего подходить именно вам. Это может быть исследование новых способов мышления о заболевании и его влиянии на вашу жизнь, это может быть опробование новых методов совладания, или даже просто возврат к занятиям, которые были привычны для вас до появления онкологического заболевания. Как люди совладают с болезнью во многом зависит от того, какие представления о самих себе и своем онкологическом заболевании они имеют. Беспокойные мысли и чувства, такие как гнев, вина и страх свойственны пациентам: они являются частью процесса примирения с фактом онкологического заболевания. Ниже приведены некоторые примеры подобных мыслей и чувств, которые могут появиться у вас:

Мысли	Эмоция
За что мне это? Я не сделал (сделала) ничего такого, чтобы это заслужить.	Гнев
Почему я чувствую такую усталость? Действительно ли у меня больше нет рака?	Страх
Будут ли люди избегать меня из-за того, что у меня появился рак?	Страх и стыд
Я ничего не могу сделать. Это безнадежно.	Депрессия
Я больше не нормальный человек.	Депрессия
Я знаю, что смогу с этим справиться при помощи моей семьи и врачей.	Надежда

Одни реакции, как последняя из перечисленных выше, могут помочь вам жить полноценной жизнью и бороться против рака. А другие реакции, если они сохраняются, могут затруднить совладание с ним. У вас, вероятнее всего, эти две реакции смешиваются. Вы можете подумать, что они

являются “лишь частью вашего характера” и не могут быть изменены. Но, как поясняется, в остальной части этого буклета, работая над своими мыслями и действиями, вы можете обрести более сильный и более комфортный способ совладания с болезнью.

Психотерапия

Психотерапия, к которой вы приступаете, может помочь вам лучше совладать со своим онкологическим заболеванием вместе с любыми формами медицинского лечения, которое вы проходите. Она продолжается в течение 6–12 часовых сессий, проводимых один раз в неделю. Ваш психотерапевт поможет вам выявить возникшие у вас проблемы, а также ваши сильные и слабые стороны, чтобы справиться с ними. И тогда вы можете вместе решить, как лучше всего сделать это. Если у вас есть партнер, вы можете привлечь его к совместному посещению некоторых сессий. Ведь некоторые проблемы, возможно, лучше всего решать, работая над ними вместе со своим партнером.

Ниже представлены некоторые методы, применяемые в ходе психотерапии. Одни методы могут принести вам пользу, а другие — оказаться бесполезными. Поэтому вы должны вместе со своим психотерапевтом решить - какие из них вы попробуете, как обучиться им и как использовать их. Читая их описание, подумайте, какую пользу они могли бы вам принести и с какими проблемами они могли быть помочь вам справиться.

Решение проблем

Возможно, что вы уже вполне способны решать возникающие у вас проблемы, но рак может просто вызвать у вас ощущение паралича. Как только вы выявите те проблемы, которые вам предстоит разрешить, можете обдумать возможные пути их решения при содействии вашего психотерапевта. Ваш партнер может принять участие в этом, высказав свои соображения по поводу того, что следует делать. Сначала вы научитесь определять какой вариант решения проблемы попробовать первым, а затем вам помогут внедрить его на практике.

Например, многие люди не находят, что сказать, когда встречаются со своим врачом, забывая все важные вопросы, которые им хотелось бы задать. А другие пациенты, уже имеющие опыт прохождения психотерапии,

могут придумать вместе со своим психотерапевтом или партнером целый ряд путей решения этой проблемы, применяя описанную ниже тактику.

1. Запишите вопросы, которые вы хотели бы задать, и прочитайте их вслух.
2. Возьмите кого-то вместе с собой на консультацию.
3. Отрепетируйте то, что вы хотели бы сказать вместе со своим психотерапевтом или партнером.

Вы можете придумать еще больше вариантов. Ведь терапия направлена на то, чтобы восстановить вашу уверенность в своих силах эффективно решать возникающие проблемы.

Выражение чувств

У вас могут быть также сильные, неприятные чувства вроде страха, печали или гнева. Возможно, вам не хотелось бы отягощать ими других людей, а выражать их вы считаете небезопасным. Но, как показывают исследования, открытое выражение чувств поможет вам лучше совладать со своим недугом. У вас появится возможность поговорить о своих чувствах с вашим психотерапевтом и улучшить общение с людьми, играющими важную роль в вашей жизни, чтобы вы могли лучше поддерживать друг друга.

Совладание с негативными мыслями

Когда вы совладаете со своим онкологическим заболеванием, вы можете столкнуться с очень неприятными переживаниями, большими изменениями в своей жизни и с неопределенностью по поводу своего будущего. Когда вы обдумаете все это, одни мысли помогут вам справиться со своим недугом, тогда как другие мысли могут оказаться бесполезными, и могут ввести вас в стрессовое эмоциональное состояние. Как только вы столкнетесь со своими негативными эмоциями и поделитесь ними с вашим психотерапевтом, вы можете приступить к исследованию стоящих за ними мыслей. Ниже приведены некоторые примеры мыслей, затрудняющих совладание с онкологическим заболеванием.

- “Я знаю, что умру от рака”.
- “Нет никакого смысла делать что-нибудь”.

- “Никто меня не полюбит, если у меня выпадут волосы”.
- “Я не сумею с этим справляться”.

Подобные мысли могут привести к тому, что вы недооцените свои способности к совладанию и переоцените возникшие у вас проблемы. Такие мысли мы называем негативными автоматическими мыслями потому, что они являются нереалистично пессимистичными, а также потому, что они приходят ниоткуда, “автоматически” появляясь в вашем уме. В ходе терапии вы научитесь отличать реалистичные негативные мысли от крайне нереалистичных или бесполезных негативных мыслей. Поначалу обнаружить их нелегко, поскольку вы, вероятно, не осознаете их существование, и поэтому на первом этапе вы должны научиться распознавать подобные мысли. С этой целью вы можете вести дневник, записывая в нем моменты появления негативных автоматических мыслей, их содержание, свои чувства и действия, когда такие мысли приходят вам на ум.

Многие люди находят, что одного лишь улавливания негативных автоматических мыслей им достаточно, чтобы обрести больший контроль над ними. Но если вы чувствуете сильную тревогу или депрессию, одного только улавливания негативных автоматических мыслей может оказаться недостаточно, чтобы совладать с ними. В таком случае вам, возможно, потребуется помощь психотерапевта, чтобы изменить модели саморазрушительного мышления. Сначала вы можете спросить себя, насколько реалистичны или полезны эти негативные мысли, а затем найти альтернативные и более конструктивные способы мышления. Как показали исследования, подобным образом вы можете улучшить свое настроение и почувствовать больший контроль над создавшейся ситуацией. В приведенном ниже примере показывается, как это достигается на практике.

Мужчина с онкологическим диагнозом почувствовал приступ боли в бедре. У него немедленно возникла такая мысль: “У меня рак в костях”. Это и есть негативная автоматическая мысль, поскольку он сразу же пришел к самому худшему для себя выводу. И не удивительно, что он почувствовал тревогу. Он все же поставил под сомнение причину такого убеждения, вспомнив, что такая боль то появлялась, то исчезала за много лет до появления у него рака. Подвергнув сомнению такую мысль, он отреагировал на нее следующим образом: “У меня был артрит в бедре задолго до появления рака. Последнее обследование показало, что рак не распространился. Это всего лишь обычные боли”. Подобным образом ему удалось совладать с убеждением, что рак распространился, и в итоге его тревога снизилась.

Не переживайте особенно, если такой метод покажется вам сложным. Если вы и ваш психотерапевт решите воспользоваться таким методом, то постепенно научитесь применять его, используя для примеров ваши негативные мысли.

Улучшение качества жизни

Цель всей описываемой здесь терапии — улучшить качество вашей жизни. Если у вас рак, вам может не доставать того, что обычно доставляет вам удовольствие. Это может быть связано с вашим физическим состоянием, с тем, что вы много думаете о своем онкологическом заболевании и его лечении, или же с тем, что вы не видите никакого смысла жить дальше как обычно. Вы можете ослабить воздействие онкологического заболевания на вас и противодействовать ему, делая то, что доставляет вам удовольствие и приносит удовлетворение достигнутым результатом. Как показывает наш опыт, от этого у людей с онкологическим диагнозом снова появляется ощущение контроля над их жизнью. Кроме того, они чувствуют связь с реальным миром, и поэтому являются личностями, обладающими своими собственными правами, а не просто “онкологическими пациентами”.

Ваш психотерапевт может помочь вам вести дневник, в котором вы сможете записывать занятия, которые доставляют вам удовольствие или приносят удовлетворение достигнутым результатом. Основываясь на этом, вы можете планировать интересную или приятную активность на неделю вперед. При этом очень важно, чтобы ваши ожидания от запланированной деятельности были оправданны. Так, если вы чувствуете усталость и слабость, приготовление чашки чая может само по себе стать для вас немалым достижением. И если вы не в состоянии делать все, что вам удавалось делать прежде, не сдавайтесь: делайте то, что можете, а самое главное — поставьте себе это в заслугу. Обсудите со своим психотерапевтом, как вам распорядиться своим временем и энергией с наибольшей для себя выгодой.

Изучение новых методов совладания

Помимо упомянутых выше методов совладания, имеются и другие. В зависимости от возникших у вас проблем ваш психотерапевт может предложить вам другие техники. Многие люди находят полезными упражнения на релаксацию. Физическое напряжение и стрессовое эмоциональное со-

стояние могут войти в порочный круг, где они лишь усиливают друг друга. В таком случае вы можете попытаться вместе со своим психотерапевтом разорвать этот порочный круг с помощью упражнений на релаксацию. Этим упражнениям вы сможете научиться по видеозаписям или с компакт-диска или от своего психотерапевта, чтобы затем регулярно выполнять их на практике. Умение расслабиться может помочь вам совладать со стрессовыми ситуациями.

Выводы

Вполне возможно, что вы уже хорошо справляетесь со своим онкологическим заболеванием, но у вас есть проблемы или страхи. А может быть, у вас имеются большие трудности, и вы сомневаетесь, что сумеете с ними справиться. Но в каком бы вы ни оказались положении, можете поработать вместе со своим психотерапевтом, помимо назначенного вам курса лечения, над совладанием с вашей болезнью и удостовериться, что вы по-прежнему контролируете свою жизнь.

Вам, возможно, будет полезно прочитать этот буклет еще раз, выбрав из него то, что, на ваш взгляд, подходит вам больше всего, а также отметив то, с чем вы не согласны. Ваш психотерапевт будет рад обсудить с вами любые вопросы или проблемы, которые могут у вас появиться по поводу описанной здесь терапии и ее практического применения.

Поставьте “галочку” в графе того из перечисленных ниже методов, который мог бы принести вам пользу.

Решение проблем	<input type="checkbox"/>
Выражение чувств	<input type="checkbox"/>
Совладание с негативными мыслями	<input type="checkbox"/>
Улучшение качества жизни	<input type="checkbox"/>
Обучение новым методам совладания	<input type="checkbox"/>

Хотели бы вы попрактиковаться в выполнении заданий по самопомощи между сессиями? Поставьте “галочку” справа в приведенной ниже графе, если у вас есть такое желание.

Мне хотелось бы попрактиковаться в выполнении заданий по самопомощи между сессиями	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

Приложение 2

Ошибки мышления

Когда люди чувствуют себя подавленными или деморализованными, они нередко искажают многие вещи. Это может привести к преувеличению реальных проблем, с которыми они сталкиваются и недооцениванию своих способностей их преодолеть. В подобных случаях мышление человека демонстрирует определенные “негативные искажения” или “ошибки мышления”. Приведенные ниже примеры смогут помочь вам распознать искажения в ваших негативных мыслях.

1. Чрезмерное обобщение

Такое искажение означает, что вы рассматриваете единственное негативное событие как бесконечную закономерность поражения. Так, если вы поссоритесь со своим партнером на следующий день после возвращения из больницы, то у вас может появиться следующая мысль: “Это все рак. Мы всегда будем ссориться, и уже никогда не будет так, как прежде. Мы могли бы теперь развестись и покончить с этим”.

2. Преувеличение и преуменьшение

В этом случае вы преувеличиваете значение одних сторон (например, сильных сторон и способностей к совладанию другого пациента), в то же время преуменьшая другие стороны вплоть до того, что они начинают казаться вам малозначительными (например, ваши собственные методы совладания). И тогда вы можете себе сказать: “Все справляются лучше меня. Я просто никуда не гожусь”.

3. Мышление в стиле “все или ничего”

В этом случае внешний мир представляется вам исключительно в черно-белом свете. Так, если выполнение вашей работы не достигает идеаль-

ного уровня, вы считаете себя неудачником. А если ваше лечение вряд ли окажется успешным на 100%, то вы не находите в нем никакой пользы.

Например, мужчина, которому сообщили, что его нельзя вылечить от рака, сказал на это: “Если меня нельзя вылечить, то какой смысл делать что-нибудь. Теперь мне не остается ничего кроме того, как умереть”. Но все же с соответствующим лечением он бы мог прожить месяцы или годы активной жизни.

4. Избирательное внимание

Если вы чувствуете себя подавленным, то в состоянии думать только о негативных сторонах своей жизни. В этом случае вы избирательно обращаете внимание на негативные стороны своей жизни, пренебрегая в то же время всем тем позитивным, что с вами случается.

Например, женщина с диагнозом рака молочной железы, готовившаяся пройти курс химиотерапии, могла думать только о побочных эффектах, которые ей пришлось бы пережить в ходе такого лечения. Она думала о тех неприятностях, которые ей придется пережить на протяжении следующих нескольких месяцев, не приняв во внимание то обстоятельство, что если бы ее лечение оказалось успешным, она могла бы радоваться остаток своей жизни. Сосредоточив все свое внимание на предстоящих неприятностях, она не смогла себе представить, что она была бы в состоянии делать и чему радоваться каждый день.

5. Негативные предсказания

Многим людям с онкологическим диагнозом будущее кажется неопределенным. Но вы можете обратить такую неопределенность в негативную определенность, допустив самое худшее, как показано в приведенных ниже примерах.

- “Я знаю, что лечение ничего не сработает”.
- “Я не смогу справиться, если рак вернется”.
- “Если у меня выпадут волосы в результате этого лечения, я вряд ли буду впредь казаться моему партнеру привлекательной”.
- “Даже если я излечусь от рака, то знаю, что появится еще что-нибудь такое, что доставит мне проблемы”.

6. Чтение мыслей

Вместо того чтобы выяснять, что люди думают, в данном случае вы делаете поспешные выводы, но попытки читать чужие мысли редко оказываются удачными. Например, пациентка, успешно излечившаяся от рака слюнной железы, почувствовала сильный стресс, оказавшись дома. Она считала, что члены ее семьи намеренно не оказывают ей помощь, поскольку они ленивы и не заботятся ней. На самом же деле они неверно полагали, что раз она уже физически здорова, то вся их жизнь может сразу же вернуться к нормальному течению. Они действовали по неведению, а не из злого умысла.

7. Долженствования и необходимости

В данном случае вы пытаетесь мотивировать себя “долженствованиями” и “необходимостями”, но заканчиваете чувством вины. Примером тому служит такая мысль: “Я должна быть в состоянии делать все то, что делала до появления у меня рака. И даже если я чувствую себя неважно, то все равно должна присматривать за своими детьми”.

Если вы обращаетесь со словами “нужно” или “должно” к другим людям или обстоятельствам жизни, то обычно чувствуете гнев и досаду, как показано в приведенных ниже примерах.

- “Моему мужу и дочери нужно знать, что я испытываю стресс и обращаться со мной иначе”.
- “Я старался жить хорошо, и у меня не должно было быть рака”.

8. Навешивание ярлыков

В данном случае вы навешиваете на себя критический ярлык, вместо того чтобы точно описать сложившуюся ситуацию. Например, вы говорите себе: “Я неудачник (неудачница)”, вместо того чтобы сказать: “Я не выполнил (выполнила) это задание так старательно, как мог (могла) бы это сделать”. А если вам трудно сосредоточиться из-за стресса, вы скажете: “Я идиот (идиотка)”.

9. Персонализация

В данном случае вы видите в себе причину некоторого негативного события, за наступление которого вы совсем не обязательно ответственны. Так, если ваши дети ведут себя плохо, мы говорите себе: “Это, должно быть, моя вина”. А если друзья отменяют свой визит к вам, вы скажете: “Это, должно быть, потому, что у меня рак”.

Выявление негативных мыслей служит первым шагом к тому, чтобы научиться изменять свое мышление. Реальные негативные события могут преувеличиваться и искажаться до тех пор, пока они не покажутся огромными проблемами, которые вы и не надеетесь преодолеть. Если же вы овладеете навыками исправлять ошибки мышления, то сможете сделать ваши проблемы управляемыми и направить свою энергию на их решение, вместо того, чтобы только беспокоиться о них.

Приложение 3

Расписание активности на неделю

На рис. А.3 приведен бланк формы для составления расписания активности онкологического пациента на неделю.

Время суток (часов)	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
9–10							
10–11							
11–12							
12–13							
13–14							
14–15							
15–16							
16–17							
17–18							
18–19							
19–20							
20–24							

Рис. А.3. Бланк формы для составления расписания активности

Приложение 4

Регистрация мыслей

На рис. А.4 приведен бланк формы регистрации мыслей онкологического пациента.

Ситуация	Физические ощущения, оцениваемые по шкале 0–10 баллов	Эмоции, оцениваемые по шкале 0–10 баллов	Автоматические мысли	Альтернативная реакция	План действий

Рис. А.4. Бланк формы регистрации мыслей

Приложение 5

Опросники для оценки онкологических пациентов

Шкала психологической адаптации к онкологическому диагнозу (MACS)

Ф.И.О.: _____ Дата: _____

Ниже приведен ряд утверждений, в которых описываются реакции людей на наличие у них онкологического заболевания. Обведите кружком соответствующее число, указанное справа от каждого утверждения, указав тем самым, насколько данное утверждение применимо к вам в настоящее время. Так, если утверждение определено *не* применимо к вам, обведите кружком число 1 в первом столбце справа от него.

	Определенно не применимо ко мне	Не применимо ко мне	Применимо ко мне	Определенно применимо ко мне
1. Я делаю то, что, по моему убеждению, сможет улучшить мое здоровье (например, я изменил (изменила) свой рацион)	1	2	3	4
2. Я чувствую, что больше ничем не смогу взбодрить себя	1	2	3	4
3. Я чувствую, что проблемы с моим здоровьем мешают мне составлять планы на будущее	1	2	3	4
4. Я убежден (убеждена), что мое позитивное отношение пойдет на пользу моему здоровью	1	2	3	4
5. Я не заикливаюсь на своей болезни	1	2	3	4
6. Я твердо убежден (убеждена), что мне станет лучше	1	2	3	4

Продолжение табл.

	Определенно не применимо ко мне	Не применимо ко мне	Применимо ко мне	Определенно применимо ко мне
7. Я чувствую, что чтобы я ни сделал(а), это ничего не изменит	1	2	3	4
8. Я оставил(а) все на усмотрение моим врачам	1	2	3	4
9. Я чувствую, что моя жизнь безнадежна	1	2	3	4
10. Я делаю то, что, по моему убеждению, поправит мое здоровье (например, физические упражнения)	1	2	3	4
11. С момента постановки онкологического диагноза я осознаю ценность жизни и стараюсь взять от нее все, что можно	1	2	3	4
12. Я отдал (отдала) себя в руки Бога	1	2	3	4
13. У меня имеются планы на будущее (напр., отпуск, работа, жилье)	1	2	3	4
14. Я беспокоюсь о том, что рак вернется или мое здоровье ухудшится	1	2	3	4
15. У меня была хорошая жизнь а то, что мне осталось, — это бонус	1	2	3	4
16. Я думаю, что мое психическое состояние может существенно повлиять на мое здоровье	1	2	3	4
17. Я чувствую что, чтобы я ни сделал(а), это мне не поможет	1	2	3	4
18. Я стараюсь вести свою жизнь так, как я делал(а) это всегда	1	2	3	4
19. Мне бы хотелось связаться с другими людьми, оказавшимися в таком же самом положении, что и я	1	2	3	4
20. Я решительно настроен(а) оставить все это в прошлом	1	2	3	4
21. Мне трудно поверить, что это случилось со мной	1	2	3	4

Окончание табл.

	Определенно не применимо ко мне	Не применимо ко мне	Применимо ко мне	Определенно применимо ко мне
22. Меня сильно тревожит мой диагноз	1	2	3	4
23. У меня нет особых надежд на будущее	1	2	3	4
24. В настоящее время я живу сегодняшним днем	1	2	3	4
25. Мне кажется, что я сдаюсь	1	2	3	4
26. Я стараюсь сохранять чувство юмора в этой ситуации	1	2	3	4
27. Другие люди беспокоятся обо мне больше, чем я о себе	1	2	3	4
28. Я думаю о тех людях, которые находятся в еще худшем положении	1	2	3	4
29. Я стараюсь получить как можно больше информации о раке	1	2	3	4
30. Я чувствую, что не могу контролировать происходящее	1	2	3	4
31. Я стараюсь относиться к своему положению очень позитивно	1	2	3	4
32. Я слишком занят (занята), чтобы думать о диагнозе	1	2	3	4
33. Я воздерживаюсь от того, чтобы узнать побольше о моем диагнозе	1	2	3	4
34. Я рассматриваю свою болезнь как вызов	1	2	3	4
35. Я обреченно смотрю на это	1	2	3	4
36. Я совершенно теряюсь по поводу того, что мне делать	1	2	3	4
37. Я очень зол на то, что со мной случилось	1	2	3	4
38. Я не могу поверить, что у меня рак	1	2	3	4
39. Я считаю, что мне во многом повезло	1	2	3	4
40. Я стараюсь бороться со своей болезнью	1	2	3	4

Опросник совладания с онкологическим заболеванием (вариант, состоящий из 21 пункта) (ССQ)

Ф.И.О..... Номер пациента.....

Люди могут пользоваться самыми разными способами, чтобы совладать со стрессом, в котором они оказываются вследствие онкологического заболевания. Насколько напряженной была для вас прошлая неделя? Поставьте “галочку” в соответствующей графе.

Очень стрессовая	Умеренно стрессовая	Слабо стрессовая	Совсем не стрессовая
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Беспокоились ли вы по поводу своего онкологического заболевания на прошлой неделе? Поставьте “галочку” в соответствующей графе.

Все время	Большое количество времени	Иногда	Ни разу
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ниже приведен перечень различных методов совладания. Подумайте над тем, как вы справлялись со своим заболеванием на *прошлой неделе*, и обведите кружком число, указывающее то, как часто вы использовали каждый описанный метод. Никто не пользуется всеми перечисленными ниже способами совладания, но все пользуются некоторыми из них.

Итак, на прошлой неделе вы:

	Очень часто	Часто	Иногда	Ни разу
1. Составляли ли вы определенные планы на будущее?	4	3	2	1
2. Пытались ли вы дышать медленно и глубоко, чтобы совладать с тревогой?	4	3	2	1
3. Отвлекались ли вы от беспокоивших вас мыслей?	4	3	2	1
4. Напоминали ли вы себе, что причина боли может быть вызвана чем-то другим, кроме распространения рака?	4	3	2	1
5. Составили ли вы список приоритетных задач на неделю, чтобы иметь возможность сделать важные для вас вещи?	4	3	2	1
6. Смогли ли вы отступить назад, чтобы со стороны оценить серьезность своего заболевания?	4	3	2	1
7. Обнаружили ли вы в себе те сильные стороны, которые помогли бы вам совладать с онкологическим заболеванием?	4	3	2	1
8. Справлялись ли вы со своей фрустрацией, переключаясь на другие предметы (например, такую физическую активность, как работа по дому или в саду)?	4	3	2	1
9. Напоминали ли вы себе о других вещах, которые все еще присутствуют в вашей жизни, несмотря на рак?	4	3	2	1
10. Организовывали ли вы свой день таким образом, чтобы прожить его с наибольшей пользой, несмотря на рак?	4	3	2	1
11. Практиковали ли вы в релаксацию?	4	3	2	1
12. Реагировали ли вы на беспокоившие вас мысли?	4	3	2	1
13. Планировали ли вы свой день таким образом, чтобы заниматься активностью, не связанной с онкологическим заболеванием?	4	3	2	1
14. Старались ли вы думать о некоторых положительных сторонах своей жизни?	4	3	2	1

Если у вас близкие взаимоотношения с вашим партнером, то как вы вместе с ним вы справлялись со своим онкологическим заболеванием на прошлой неделе.

Итак, на прошлой неделе вы:

	Очень часто	Часто	Иногда	Ни разу
15. Привлекали ли вы своего партнера к деятельности, помогавшей вам справиться с онкологическим заболеванием?	4	3	2	1
16. Беседовали ли вы со своим партнером о влиянии рака на вашу жизнь?	4	3	2	1
17. Спрашивали ли вы своего партнера, о чем он думает, вместо того, чтобы делать свои предположения об этом?	4	3	2	1
18. Пробовали ли вы рассматривать свое онкологическое заболевание как вызов, который вам придется принять и противостоять ему вместе с вашим партнером?	4	3	2	1
19. Обсуждали ли вы со своим партнером, какую поддержку он мог бы вам оказать?	4	3	2	1
20. Беседовали ли вы со своим партнером о том, как бы вы могли организовать свою жизнь, чтобы снять с себя часть нагрузки (например, перераспределить домашние обязанности)?	4	3	2	1
21. Думали ли вы, каким образом ваше онкологическое заболевание сблизило вас с вашим партнером?	4	3	2	1

Опросник для оценки переживаний, связанных с раком

Нам хотелось бы узнать о различных переживаниях, которые вы можете испытывать по поводу своего онкологического заболевания и его лечения за последние несколько недель. Не забудьте ответить на все приведенные ниже вопросы.

Поставьте галочку только в одной графе каждого раздела

Само заболевание

(его статус, улучшение, проч.)

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Лечение онкологического заболевания

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Как я ощущаю себя в физическом плане

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Неспособен (неспособна) ничем заниматься

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Моя работа

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Финансовое положение

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Чувствую себя расстроенным (расстроеной) или подавленным (подавленной) или депрессия

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Ощущение себя отличающимся от других людей

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Как я думаю о себе, как о мужчине или женщине

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Мои взаимоотношения с партнером

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Мои взаимоотношения с другими людьми

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Оказываемая мне поддержка

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Будущее

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Есть какое-нибудь другое переживание? Опишите

- Не беспокоит
 Слегка беспокоит
 Умеренно беспокоит
 Очень беспокоит
 Крайне беспокоит

Рис. А.5. Список переживаний, связанных с раком

Библиография

1. Aapro MS, Molassiotis A and Oliver I (2005) Anticipatory nausea and vomiting. *Supportive Care in Cancer*, **13**, 117–21.
2. Ahmedzai SH and Shrivastav SP (2000) Breathlessness. *Medicine*, **28**, 12–15.
3. Aitken-Swan J and Easson EC (1959) Reactions of cancer patients on being told their diagnosis. *British Medical Journal*, **1**, 779–83.
4. Akechi T *et al* (2008) Psychotherapy for depression among incurable cancer patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2: CD005537 75.
5. Aldridge D (1992) The needs of individual patients in clinical research. *Advances*, **8**, 58–65.
6. Allison PJ, Guichard C and Gilain L (2000) A prospective investigation of dispositional optimism as a predictor of health-related quality of life in head and neck cancer patients. *Quality of Life Research*, **9**, 951–60.
7. Andersen BL (1986) Sexual difficulties for women following cancer treatment. В издании: Andersen BL, ed. *Women with Cancer*, стр. 257–88. New York: Springer.
8. Andersen BL, Yan H-C and Farrar WB (2008) Psychologic intervention improves survival for breast cancer patients. *Cancer*, **113**, 3450–58.
9. Andrykowski MA, Brady MJ and Henslee-Downey PJ (1994) Psychosocial factors predictive of survival after allogeneic bone marrow transplantation. *Psychosomatic Medicine*, **56**, 432–39.
10. Angell M (1985) Disease as a reflection of the psyche. *New England Journal of Medicine*, **312**, 1570–72.
11. Antiemetic Subcommittee of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) (1998) Prevention of chemotherapy- and radiotherapy-induced emesis: results of Perugia Consensus Conference. *Annals of Oncology*, **9**, 811–19.
12. Antoni MH and Goodkin K (1988) Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia. I. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research*, **32**, 327–38.
13. Antoni MH *et al* (2001) Cognitive-behavioural stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, **20**, 20–32.

14. Antoni MH *et al* (2006) Reduction of cancer-specific thought intrusions and anxiety symptoms with a stress management intervention among women undergoing treatment for breast cancer. *American Journal of Psychiatry*, **163**, 1791–97.
15. Arnes J *et al* (2007) A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a brief, behaviorally oriented intervention for cancer-related fatigue. *Cancer*, **110**, 1385–95.
16. Badger TA, Braden CJ, Longman AJ and Mishel MM (1999) Depression burden, self-help interventions, and social support in women receiving treatment for breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **17**, 17–35.
17. Baider L, Cooper CL and De-Nour AK, eds (1996) *Cancer and the Family*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
18. Bartlett FC (1932) *Remembering*. Cambridge: Cambridge University Press.
19. Bartley T (2011) Cancer: psychological implications. В издании: *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Cancer: gently turning towards*. London: Wiley-Blackwell.
20. Barton RT (1965) Life after laryngectomy. *Laryngoscope*, **75**, 1408–15.
21. Beck AT (1976) *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. London: Penguin.
22. Beck AT (1988) *Love is Never Enough*. New York: Harper Row.
23. Beck AT *et al* (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, **4**, 561–71.
24. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF and Emery G (1979) *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
25. Beck JS (1995) *Cognitive Therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
26. Beck R and Fernandez E (1998) Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, **22**, 63–74.
27. Beltman MW, Oude Voshaar RC and Speckens AE (2010) Cognitive-behavioural therapy for depression in people with a somatic disease: meta-analysis of randomised controlled trials. *British Journal of Psychiatry*, **197**, 11–19.
28. Bennett-Levy J *et al*, eds (2004) *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
29. Berger AM (2009) Update on the state of the science: sleep-wake disturbances in adult patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, **36**, 165–77.
30. Berglund G, Bolund C, Gustaffson O and Sjoden P (1994) A randomized study of a rehabilitation program for cancer patients: the ‘starting again’ group. *Psycho-Oncology*, **3**, 109–20.
31. Bloch S and Kissane DW (1995) Psychological care and breast cancer. *Lancet*, **346**, 1114.

32. Bloom JR (1986) Social support and adjustment to breast cancer. В издании: Andersen BL, ed. *Women with Cancer*, стр. 204–29. New York: Springer.
33. Bloom JR and Spiegel D (1984) The relationship of two dimensions of social support to the psychological well-being and social functioning of women with advanced breast cancer. *Social Science and Medicine*, **19**, 831–7.
34. Boelan PA, de Keijsers J, van den Hout MA and van den Bout J (2007) Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive behaviour therapy and supportive counselling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **75**, 271–84.
35. Boesen E *et al* (2005) Psychoeducational intervention for patients with cutaneous malignant melanoma: a replication study. *Journal of Clinical Oncology*, **23**, 1270–77.
36. Bohart A (1980) Toward a cognitive theory of catharsis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **17**, 192–201.
37. Bohart A, Elliott R, Greenberg LS and Watson JC (2002) Empathy. В издании: Norcross JC, ed. *Psychotherapy Relationships that Work*, стр. 89–108. New York: Oxford University Press.
38. Borkovec TD (1994) The nature, functions, and origins of worry. В издании: Davey GCL and Tallis F, eds. *Worrying: perspectives on theory, assessment and treatment*, стр. 5–34. New York: John Wiley & Sons Ltd.
39. Borkovec TD and Hennings BC (1978) The role of physiological attention-focusing in the relaxation treatment of sleep disturbance, general tension, and specific stress reaction. *Behaviour Research and Therapy*, **16**, 17–19.
40. Borysenko J *et al* (1986) *Beth Israel Hospital: Mind/Body Group Program Handbook* (неопубликованная рукопись).
41. Bottomley A *et al* (1996) A pilot study of cognitive-behavioural therapy and social support group interventions with newly diagnosed cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, **14**, 65–83.
42. Boutin DL (2007) Effectiveness of cognitive behavioral and supportive-expressive group therapy for women diagnosed with breast cancer: a review of the literature. *Journal for Specialists in Group Work*, **32**, 267–84.
43. Bovbjerg DH (2006) The continuing problem of post chemotherapy nausea and vomiting: contributions of classical conditioning. *Autonomic Neuroscience: Basic and Clinical*, **129**, 92–8.
44. Bradford Hill A (1961) *Principles of Medical Statistics*. London: The Lancet Ltd.
45. Brady SS and Helgeson VS (1999) Social support and adjustment to recurrence of breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **17**, 37–55.
46. Breitbart W and Cohen KR (1998) Delirium. В издании: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*, стр. 564–75. New York: Oxford University Press.

47. Brewin CR *et al* (1998) Intrusive memories and depression in cancer patients. *Behaviour Research and Therapy*, **36**, 1131–42.
48. Bruera E, Miller L and McCallion S (1990) Cognitive failure in patients with terminal cancer: a prospective longitudinal study. *Psychosocial Aspects of Cancer*, **9**, 308–10.
49. Buddeberg C, Wolf C and Sieber M (1991) Coping strategies and course of disease of breast cancer patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **55**, 151–7.
50. Bukberg J, Penman G and Holland JC (1984) Depression in hospitalised cancer patients. *Psychosomatic Medicine*, **46**, 199–212.
51. Burgess C *et al* (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five-year observational cohort study. *British Medical Journal*, **330**, 702–7.
52. Burns DD (1980) *Feeling Good: the new mood therapy*. New York: William Morrow.
53. Burns DD and Auerbach A (1996) Therapeutic empathy in cognitive behaviour therapy: does it really make a difference? В издании: Salkovskis PM, ed. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
54. Byma EA, Given BA and Given CW (2009) The effects of mastery on pain and fatigue resolution. *Oncology Nursing Forum*, **36**, 544–52.
55. Cain EN *et al* (1986) Psychosocial benefits of a cancer support group. *Cancer*, **57**, 183–9.
56. Carter RE, Carter CA and Prosen HA (1993) Emotional and personality types of breast cancer patients and spouses. *American Journal of Family Therapy*, **20**, 300–309.
57. Carver CS *et al* (1993) How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **65**, 375–90.
58. Cassileth BR *et al* (1985) Psychological correlates of survival in advanced malignant disease. *New England Journal of Medicine*, **312**, 1551–5.
59. Castonguay LG *et al* (1996) Predicting the effect of cognitive therapy for depression: a study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**, 497–504.
60. Cawley RH (1983) The principles of treatment and therapeutic evaluation. В издании: Shepherd M and Zangwill O, eds. *General Psychopathology*, стр. 221–43. Cambridge: Cambridge University Press.
61. Chemtob CM, Novaco RW, Hamada RS and Gross DM (1997) Cognitive-behavioral treatment for severe anger in posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**, 184–9.
62. Crichton P and Moorey S (2002) Treating pain in cancer patients. В издании: Turk DC and Gatchel RJ, eds. *Psychological Approaches to Pain Management: a practitioner's handbook*, 2nd edn. New York: Guilford Press.

63. Clark DA and Steer RA (1996) Empirical status of the cognitive model of anxiety and depression. В издании: Salkovskis PM, ed. *Frontiers of Cognitive Therapy*. New York: Guilford Press.
64. Classen C, Koopman C, Angell K and Spiegel D (1996) Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*, **15**, 434–7.
65. Classen C, Sephton SE, Diamond S and Spiegel D (1998) Studies of life-extending psychosocial interventions. В издании: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*, стр. 730–42. New York: Oxford University Press.
66. Classen C *et al* (2001) Supportive expressive group therapy and distress in patients with metastatic breast cancer: a randomized clinical intervention. *Archives of General Psychiatry*, **58**, 494–501.
67. Classen CC, Kraemer HC and Blasey C (2008) Supportive expressive group therapy for primary breast cancer: a randomized prospective multicenter trial. *Psycho-Oncology*, **17**, 438–47.
68. Cochran D, Hacker NF, Wellisch DK and Berek JS (1987) Sexual functioning after treatment for endometrial cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **5**, 47–61.
69. Cohn KH (1982) Chemotherapy from an insider's perspective. *Lancet*, **i**, 1006–9.
70. Cooper A (1982) Disabilities and how to live with them: Hodgkin's disease. *Lancet*, **i**, 612–13.
71. Cormie PJ, Nairn M and Welsh J (2008) Control of pain in adults with cancer: summary of SIGN guidelines. *British Medical Journal*, **337**, a2154.
72. Cort E *et al* (2009) Palliative care nurses' experiences of training in cognitive behaviour therapy and taking part in a randomized controlled trial. *International Journal of Palliative Nursing*, **15**, 290–98.
73. Coursey K, Dawson JJ and Luce JK (1975) Comparative anxiety levels of cancer patients and family members. *Proceedings of the American Association for Cancer Research*, **16**, 246.
74. Cox DR (1972) Regression models and life tables. *Journal of the Royal Statistical Society*, **34B**, 187–202.
75. Coyne JC and Palmer SC (2007) Does psychotherapy extend survival? Some methodological problems overlooked. *Journal of Clinical Oncology*, **25**, 4852–53.
76. Coyne JC, Lepore SJ and Palmer SC (2006) Efficacy of psychosocial interventions in cancer care: evidence is weaker than it first looks. *Annals of Behavioral Medicine*, **32**, 104–10.
77. Coyne JC, Thomas B and Stefanek M (2009) Time to let go of the illusion that psychotherapy extends the survival of cancer patients: reply to Kraemer, Kuchler and Spiegel (2009). *Psychological Bulletin*, **135**, 179–82.

78. Crary WG and Crary GC (1974) Emotional crisis and cancer. *Cancer*, **24**, 36–9.
79. Cunningham AJ (1995) Adjuvant psychological therapy for cancer patients: putting it on the same footing as adjunctive medical therapies. *Psycho-Oncology*, **9**, 367–71.
80. Cunningham AJ (1999) Mind-body research in psychooncology: what directions will be most useful? *Advances in Mind-Body Medicine*, **15**, 252–5.
81. Cunningham AJ and Tocco EK (1989) A randomized trial of group psycho-educational therapy for cancer patients. *Patient Education and Counseling*, **14**, 101–14.
82. Cunningham AJ, Lockwood GA and Cunningham JA (1991) A relationship between self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Patient Education and Counseling*, **17**, 71–8.
83. Cunningham AJ, Lockwood GA and Edmonds CV (1993) Which cancer patients benefit from a brief, group, coping skills programme? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **23**, 383–98.
84. Cunningham AJ, Edmonds CVI, Jenkins G and Lockwood GA (1995) A randomised comparison of two forms of brief, group, psychoeducational program for cancer patients: weekly sessions vs a 'weekend intensive.' *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **25**, 171–87.
85. Cunningham AJ *et al* (1998) A randomised controlled trial of the effects of group psychological therapy on survival in women with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, **7**, 508–17.
86. Currier J, Holland J, Coleman R and Neimeyer RA (2006) Bereavement following violent death: an assault on life and meaning. В издании: Stevenson R and Cox G, eds. *Perspectives on Violence and Violent Death*, стр. 175–200. Amityville, NY: Baywood.
87. Dalton JA, Feuerstein M, Carlson J and Roghman K (1994) Biobehavioral pain profile: development and psychometric properties. *Pain*, **57**, 95–107.
88. Dalton JA, Keefe FJ, Carlson J and Youngblood R (2004) Tailoring cognitive-behavioral treatment for cancer pain. *Pain Management Nursing*, **5**, 3–18.
89. Dana CM *et al* (2009) Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: a systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, **18**, 683–90.
90. Dattilio FM (1997) Family therapy. В издании: Leahy RL, ed. *Practising Cognitive Therapy: a guide to interventions*, стр. 409–50. Northvale, NJ: Jason Aronson.
91. Dattilio FM and Padesky CA (1990) *Cognitive Therapy with Couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
92. Davidson JR, MacLean AW, Brundage MD and Schulze K (2002) Sleep disturbance in cancer patients. *Social Science and Medicine*, **54**, 1309–21.

93. Dean C and Surtees PG (1995) Do psychological factors predict survival in breast cancer? *Journal of Psychosomatic Research*, **13**, 47–66.
94. Deffenbacher JL (1999) Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal of Clinical Psychology*, **55**, 295–309.
95. de Haes JCJM *et al* (1987). Evaluation of the quality of life of patients with advanced ovarian cancer treated with combination chemotherapy. В издании: Aaronson NK and Beckmann J, eds. *The Quality of Life of Cancer Patients*, стр. 215–26. New York: Raven Press.
96. Derogatis LR (1983) *Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS and PAIS-SR). Scoring, procedures and administration manual I*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
97. Derogatis LR, Abeloff MD and Melisaratos N (1979) Psychological coping mechanisms and survival time in metastatic breast cancer. *Journal of the American Medical Association*, **249**, 751–7.
98. Devlin HB, Plant JA and Griffin M (1971) Aftermath of surgery for ano-rectal cancer. *British Medical Journal*, **3**, 413–18.
99. Di Clemente KJ and Temoshok L (1985) Psychological adjustment to having cutaneous malignant melanoma as a predictor of follow-up clinical status. *Psychosomatic Medicine*, **47**, 81.
100. DiGiuseppe R and Tafra R (2003) Anger treatment for adults: a meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **10**, 70–84.
101. Doorenbos A *et al* (2005) Reducing symptom limitations: a cognitive behavioural intervention randomized trial. *Psycho-Oncology*, **14**, 574–84.
102. Drummond S (1967). Vocal rehabilitation after laryngectomy. *British Journal of Disorders of Communication*, **2**, 39–44.
103. Dugas MJ and Robichaud M (2007) *Cognitive Behavioural Treatment for Generalized Anxiety Disorder*. London: Routledge.
104. Eardley A *et al* (1976) Colostomy: the consequences of surgery. *Clinical Oncology*, **2**, 277–83.
105. Edelman S, Lemon J, Bell DR and Kidman AD (1999a) Effects of group CBT on the survival time of patients with metastatic breast cancer. *Psycho-Oncology*, **8**, 474–81.
106. Edelman S, Bell DR and Kidman AD (1999b) A group cognitive-behaviour therapy programme with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, **8**, 295–305.
107. Edgar L, Rosberger Z and Nowlis D (1992) Coping with cancer during the first year after diagnosis. Assessment and intervention. *Cancer*, **69**, 817–28.
108. Edmonds CVI, Lockwood GA and Cunningham AJ (1999) Psychological response to long-term group therapy: a randomized trial with metastatic breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, **8**, 74–91.

109. Eissler KR (1955) *The Psychiatrist and the Dying Patient*. New York: International University Press.
110. Ell K, Nishimoto R and Morvay T (1989) A longitudinal analysis of psychological adaptation among survivors of cancer. *Cancer*, **63**, 406–13.
111. Elliotson J (1848) *Cure of True Cancer with Mesmerism*. London: Walton and Mitchell.
112. Elsesser K *et al* (1994) The effects of anxiety management training on psychological variables and immune parameters in cancer patients: a pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **22**, 13–23.
113. Espie CA *et al* (2008) Randomised controlled clinical effectiveness trial of cognitive behavior therapy compared with treatment as usual for persistent insomnia in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **26**, 4651–8.
114. Evans RL and Connis RT (1995) Comparison of brief group therapies for depressed cancer patients receiving radiation treatment. *Public Health Reports*, **110**, 306–11.
115. Fallowfield LJ, Baum M and Maguire GP (1986) Effects of breast conservation on psychological morbidity associated with diagnosis and treatment of early breast cancer. *British Medical Journal*, **293**, 1331–4.
116. Faulkner A, Webb P and Maguire P (1991) Communication and counseling skills: educating health professionals working in cancer and palliative care. *Patient Education and Counseling*, **18**, 3–7.
117. Fawzy FI (1994) The benefits of a short-term group intervention for cancer patients. *Advances*, **10**, 17–19.
118. Fawzy FI and Fawzy NW (1994) A structured psychosocial intervention for cancer patients. *General Hospital Psychiatry*, **16**, 149–92.
119. Fawzy FI *et al* (1990a) A structured psychiatric intervention for cancer patients. I. Changes over times in methods of coping and affective disturbance. *Archives of General Psychiatry*, **47**, 720–25.
120. Fawzy FI *et al* (1990b) A structured psychiatric intervention for cancer patients. II. Changes over time in immunological measures. *Archives of General Psychiatry*, **47**, 729–35.
121. Fawzy FI *et al* (1993) Malignant melanoma: effects of an early structured psychiatric intervention, coping, and affective state on recurrence and survival 6 years later. *Archives of General Psychiatry*, **50**, 681–9.
122. Fawzy FI, Fawzy NW and Wheeler JG (1996) A post-hoc comparison of the efficiency of a psychoeducational intervention for melanoma patients delivered in group versus individual formats: an analysis of data from two studies. *Psycho-Oncology*, **5**, 81–9.

123. Feigin R *et al* (2000) The psychosocial experience of women treated for breast cancer by high-dose chemotherapy supported by autologous stem-cell transplant: a qualitative analysis of support groups. *Psycho-Oncology*, **9**, 57–68.
124. Feinstein AD (1983) Psychological interventions in the treatment of cancer. *Clinical Psychology Review*, **3**, 1–14.
125. Fennell MJV and Teasdale JD (1987) Cognitive therapy for depression: individual differences and the process of change. *Cognitive Therapy and Research*, **11**, 253–71.
126. Fennell MJV, Teasdale JD, Jones S and Damlé A (1987) Distraction in neurotic and endogenous depression: an investigation of negative thinking in major depressive disorders. *Psychological Medicine*, **17**, 441–52.
127. Fernandez-Ballesteros R, Ruiz MA and Garde S (1998) Emotional expression in healthy women and those with breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, **3**, 41–50.
128. Fernandez-Marcos A *et al* (1996) Acute and anticipatory emesis in breast cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, **4**, 370–7.
129. Fichten KS (1986) Self, other and situation-referant automatic thoughts: interaction between people who have a physical disability and those who do not. *Cognitive Therapy and Research*, **10**, 571–87.
130. Figueroa-Moseley C *et al* (2007) Behavioral interventions in treating anticipatory nausea and vomiting. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, **5**, 44–50.
131. Finlay IG (2000) Palliative care: an introduction. *Medicine*, **28**, 1.
132. Fiore N (1979) Fighting cancer — one patient's perspective. *New England Journal of Medicine*, **300**, 284–9.
133. Fiore NA (1984) *The Road Back to Health*. New York: Bantam Books.
134. Fledderus M, Bohlmeijer ET and Pieterse ME (2010) Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior Modification*, **34**, 503–19.
135. Fleming S and Robinson PJ (1991) The application of cognitive therapy to the bereaved. В издании: Vallis TM, Howes JL and Miller PC, eds. *The Challenge of Cognitive Therapy: applications to nontraditional populations*. New York: Springer.
136. Fobair P *et al* (1986) Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease. *Journal of Clinical Oncology*, **4**, 805–14.
137. Folkman S (1997) Positive psychological states and coping with severe stress. *Social Science and Medicine*, **45**, 1207–21.
138. Folkman S and Greer S (2000) Promoting psychological well-being in the face of serious illness: when theory, research and practice inform each other. *Psycho-Oncology*, **9**, 11–19.

139. Ford MF *et al* (1990) Is group psychotherapy feasible for oncology outpatient attenders on the basis of psychological morbidity? *British Journal of Cancer*, **62**, 624–6.
140. Fox BH (1998a) A hypothesis about Spiegel *et al.*'s 1989 paper on psychosocial intervention and breast cancer survival. *Psycho-Oncology*, **7**, 361–70.
141. Fox BH (1998b) Rejoinder to Spiegel *et al.* *Psycho-Oncology*, **7**, 518–19.
142. Fox BH (1999) Clarification regarding comments about a hypothesis. *Psycho-Oncology*, **8**, 366–7.
143. Frank JD (1971) Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, **25**, 350–61.
144. Freedman TG (1994) Social and cultural dimensions of hair loss in women treated for breast cancer. *Cancer Nursing*, **17**, 334–41.
145. Freud S (1953) Thoughts for the time on war and death (ii). В издании: Strachey J, ed. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Volume XIV*, стр. 289. London: Hogarth.
146. Fuller S and Swenson CH (1993) Marital quality and quality of life among cancer patients and their spouses. *Journal of Psychosocial Oncology*, **10**, 41–56.
147. Gil KM *et al* (2006) Benefits of the uncertainty management intervention for African American and White older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*, **13**, 286–94.
148. Girgis A and Sanson-Fisher RW (1998) Breaking bad news. 1: Current best advice for clinicians. *Behavioral Medicine*, **24**, 53–9.
149. Goedendorp MM, Gielissen MF, Verhagen CA and Bleijenberg G (2009) Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD006953.
150. Gold DB and Wegner DM (1995) Origins of ruminative thought: trauma, incompleteness, nondisclosure, and suppression. *Journal of Applied Social Psychology*, **25**, 1245–61.
151. Goodkin K, Antoni MH and Blaney PH (1986) Stress and hopelessness in the promotion of cervical intraepithelial neoplasia to invasive squamous cell carcinoma of the cervix. *Journal of Psychosomatic Research*, **30**, 67–76.
152. Goodwin PJ *et al* (1996) Randomized trial of group psychosocial support in metastatic breast cancer: the BEST (Breast Expressive-Supportive Therapy) study. *Cancer Treatment Reviews*, **22** (Suppl. A), 91–6.
153. Goodwin PJ, Pritchard KI and Spiegel D (1999) The Fox guarding the clinical trial: internal vs. external validity in randomized studies. *Psycho-Oncology*, **8**, 275.
154. Grandi S, Fava GA, Cunsolo A and Ranieri M (198) Major depression associated with mastectomy. *Medical Science Research*, **15**, 283–4.

155. Grayling AC (2002). Death. В издании: *The Meaning of Things*, стр. 29–33. London: Phoeni.
156. Greenberg DB, Sawicka J, Eisenthal S and Ross D (1992) Fatigue syndrome due to localized radiation. *Journal of Pain and Symptom Management*, 7, 38–45.
157. Greenberg LS and Safran JD (1987) *Emotion in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
158. Greer S (1985) Cancer: psychiatric aspects. В издании: Granville-Grossman K, ed. *Recent Advances in Clinical Psychiatry*. Edinburgh: Churchill-Livingstone.
159. Greer S (1995) The psychological toll of cancer. В издании: Horwich A, ed. *Oncology*, стр. 189–98. London: Chapman and Hall.
160. Greer S (1999) Mind-body research in psychooncology. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 236–44.
161. Greer S (2010) Bereavement care: some clinical observations. *Psycho-Oncology*, 19, 1156–60.
162. Greer S and Burgess C (1987) A self-esteem measure for patients with cancer. *Psychology and Health*, 1, 327–40.
163. Greer S and Watson M (1987) Mental adjustment to cancer: its measurement and prognostic importance. *Cancer Surveys*, 6, 439–53.
164. Greer S, Morris T, Pettingale KW and Haybittle JL (1990) Psychological response to breast cancer and 15-year outcome. *Lancet*, i, 49–50.
165. Greer S *et al* (1992) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial. *British Medical Journal*, 304, 675–80.
166. Harcourt D and Rumsey N (2001) Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 35, 477–87.
167. Harcourt D *et al* (2003) The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 111, 1060–68.
168. Harrison J *et al* (1994) Concerns, confiding and psychiatric disorder in newly diagnosed cancer patients: a descriptive study. *Psycho-Oncology*, 3, 173–9.
169. Heim E, Valach L and Schaffner L (1997) Coping and psychological adaptation: longitudinal effects over time and stages in breast cancer. *Psychosomatic Medicine*, 59, 408–18.
170. Heinrich RL and Schag CC (1985) Stress and activity management: group treatment for cancer patients and spouses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 439–46.
171. Helgeson VS and Taylor SE (1993) Social comparisons and adjustment among cardiac patients. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 1171–95.
172. Helgeson VS and Cohen S (1996) Social support and adjustment to cancer: reconciling descriptive, correlational, and intervention research. *Health Psychology*, 15, 135–48.

173. Hilton BA (1994) Family communication patterns in coping with early breast cancer. *Western Journal of Nursing Research*, **16**, 366–88.
174. Hinton J (1967). *Dying*. London: Penguin.
175. Hinton J (1994) Which patients with terminal cancer are admitted from home care? *Palliative Medicine*, **8**, 197–210.
176. Hislop GT *et al* (1987) The prognostic significance of psychosocial factors in women with breast cancer. *Journal of Chronic Diseases*, **40**, 729–35.
177. Hofmana M *et al* (2007) Cancer-related fatigue: the scale of the problem. *Oncologist*, **12**, 4–10.
178. Holland JC and Marchini IA (1998) International psycho-oncology. В издании: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*, стр. 1165–9. New York: Oxford University Press.
179. Holland JC *et al* (1986) Psychosocial factors and disease-free survival in stage II breast carcinoma. *Proceedings of the American Society of Clinical Oncology*, **5**, 237 (аннотация).
180. Hopko DR *et al* (2005) Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **42**, 236–43.
181. Horowitz M (1986) Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, **37**, 241–9.
182. Horwich A (1995) Testicular cancer. В издании: Horwich A, ed. *Oncology*, стр. 485–98. London: Chapman and Hall.
183. Hughes JE (1985) Depressive illness and lung cancer. II. Follow-up of inoperable patients. *European Journal of Surgical Oncology*, **11**, 21–4.
184. Hughes JE (1987) Psychological and social consequences of cancer. *Cancer Surveys*, **6**, 455–75.
185. Ilnyckyj A, Farber J, Cheang MC and Weinerman BF (1994) A randomized controlled trial of psychotherapeutic intervention in cancer patients. *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, **27**, 93–6.
186. Irvine D *et al* (1991) Psychosocial adjustment of women with breast cancer. *Cancer*, **67**, 1097–117.
187. Irving LM, Snyder CR and Crowson JJ (1998) Hope and coping with cancer by college women. *Journal of Personality*, **66**, 195–214.
188. Jacobson NS *et al* (2000) Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 351–5.
189. Jamison RN, Burnish TG and Wallston KA (1987) Psychogenic factors in predicting survival of breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, **5**, 768–72.
190. Janoff-Bulman R (1992) *Shattered Assumptions: towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

191. Janoff-Bulman R (1999) Rebuilding shattered assumptions after traumatic life events: coping processes and outcomes. В издании: Snyder CR, ed. *Coping: the psychology of what works*, стр. 305–23. New York: Oxford University Press.
192. Jensen MR (1987) Psychobiological factors predicting the course of cancer. *Journal of Personality*, **55**, 329–42.
193. Jensen PT *et al* (2004) Early-stage cervical carcinoma, radical hysterectomy, and sexual function: a longitudinal study. *Cancer*, **100**, 96–106.
194. Johnson J (1982) The effects of a patient education course on patients with a chronic illness. *Cancer Nurse*, April issue, 117–23.
195. Johnson JG *et al* (2006) Development and validation of an instrument for the assessment of dependency among bereaved persons. *Journal of Psychopathological Behavioral Assessment*, **28**, 263–72.
196. Kabat-Zinn J (1990) *Full Catastrophe Living*. New York: Delacourte Press.
197. Kabat-Zinn J (2003) Mindfulness-based interventions in context: past, present and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, **10**, 144–56.
198. Kabat-Zinn J, Lipworth L and Burney R (1985) The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, **8**, 163–90.
199. Kabat-Zinn J, Massion AO, Kristeller J *et al* (1992) Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, **149**, 936–43.
200. Kangas M, Bovjberg DH and Montgomery GH (2008) Cancer-related fatigue: a systematic and meta-analytic review of non-pharmacological therapies for cancer patients. *Psychological Bulletin*, **34**, 700–41.
201. Kausar R and Akram M (1998) Cognitive appraisal and coping of patients with terminal versus non-terminal diseases. *Journal of Behavioural Sciences*, **9**, 13–28.
202. Kim J *et al* (2010) The roles of social support and coping strategies in predicting breast cancer patients' emotional well-being: testing mediation and moderation models. *Journal of Health Psychology*, **15**, 543–52.
203. Kim Y and Morrow GR (2007) The effects of family support, anxiety, and post-treatment nausea on the development of anticipatory nausea: a latent growth model. *Journal of Pain and Symptom Management*, **34**, 265–76.
204. Kingdon DG and Turkington D (2005) *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. New York: Guilford Press.
205. Kissane DW *et al* (1997) Cognitive-existential group therapy for patients with primary breast cancer — techniques and themes. *Psycho-Oncology*, **6**, 25–33.
206. Kissane DW *et al* (2003) Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial. *Psycho-Oncology*, **12**, 532–46.

207. Kissane DW *et al* (2007) Supportive-expressive group therapy for women with metastatic breast cancer: survival and psychosocial outcome from a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, **16**, 277–86.
208. Kornblith AB, Anderson J and Cella DF (1992) Hodgkin disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. *Cancer*, **70**, 2214–24.
209. Kovacs M and Beck AT (1978) Maladaptive cognitive structures in depression. *American Journal of Psychiatry*, **135**, 525–33.
210. Kraemer HC, Kuchler T and Spiegel D (2009) Use and misuse of the Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) guidelines to assess research findings: comment on Coyne, Stefanek and Palmer (2007). *Psychological Bulletin*, **135**, 173–8.
211. Kuchler T, Bestmann B and Rappat S (2007) Impact of psychotherapeutic support for patients with gastrointestinal cancer undergoing surgery: 10-year survival results of a randomized trial. *Journal of Clinical Oncology*, **25**, 2702–8.
212. Kuipers E *et al* (1997) London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive behavioural therapy for psychosis. I: Effects of the treatment phase. *British Journal of Psychiatry*, **171**, 319–27.
213. Ladouceur R, Gosselin P and Dugas MJ (2000) Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, **38**, 933–41.
214. Lakein A (1973) *How to Get Control of Your Time and Your Life*. New York: New American Library.
215. Lannen PK *et al* (2008) Unresolved grief in a national sample of bereaved parents: impaired mental and physical health 4 to 9 years later. *Journal of Clinical Oncology*, **26**, 5870–76.
216. Larue F, Colleau S, Bresseur L and Cleeland C (1995) Multicentre study of cancer pain and its treatment in France. *British Medical Journal*, **310**, 1034–7.
217. Lawrence DP *et al* (2004) Evidence report on the occurrence, assessment, and treatment of fatigue in cancer patients. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, **32**, 40–50.
218. Lazarus RS and Folkman S (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
219. Lee JK, Orsillo SM, Roemer L and Allen LB (2010) Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, **39**, 26–136.
220. Lee V *et al* (2006) Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism and self-efficacy. *Social Science and Medicine*, **62**, 1133–45.

221. Lengacher CA, Johnson-Marland V and Post-White J (2009) Randomised controlled trial of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer. *Psycho-Oncology*, **18**, 1261–70.
222. Lepore SJ and Coyne JC (2006) Psychological interventions for distress in cancer patients: a review of reviews. *Annals of Behavioral Medicine*, **32**, 85–92.
223. Levine PM, Silberfarb PM and Lipowski ZJ (1978) Mental disorders in cancer patients. A study of 100 psychiatric referrals. *Cancer*, **42**, 1385–91.
224. Levy SM, Lee J, Bagley C and Lippman M (1988) Survival hazards analysis in first recurrent breast cancer patients: seven-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, **50**, 520–28.
225. Lewis A (1958) Between guesswork and certainty in psychiatry. *Lancet*, **i**, 171–5, 227–30.
226. Lewis WA and Bucher AM (1992) Anger, catharsis, the reformulated frustration-aggression hypothesis, and health consequences. *Psychotherapy*, **29**, 385–92.
227. Li J *et al* (2003) Mortality in parents after death of a child in Denmark: a nationwide follow-up study. *Lancet*, **361**, 363–7.
228. Lichtman RR and Taylor SE (1986) Close relationships and the female cancer patient. В издании: Andersen BL, ed. *Women with Cancer*, стр. 233–56. New York: Springer.
229. Lichtman RR *et al* (1985) Relations with children after breast cancer: the mother-daughter relationship at risk. *Journal of Psychosocial Oncology*, **2**, 1–19.
230. Link LB, Robbins L, Mancuso CA and Charlson ME (2004) How do cancer patients who try to take control of their disease differ from those who do not? *European Journal of Cancer Care*, **13**, 219–26.
231. Linn MW, Linn BS and Harris R (1982) Effects of counselling for late stage cancer patients. *Cancer*, **49**, 1048–55.
232. Llewellyn CD, Weinman J, McGurk M and Humphris G (2008) Can we predict which head and neck cancer survivors develop fears of recurrence? *Journal of Psychosomatic Research*, **65**, 525–32.
233. Lloyd GG (1979) Psychological stress and coping mechanisms in patients with cancer. В издании: Stoll BA, ed. *Mind and Cancer Prognosis*, стр. 47–59. Chichester: John Wiley & Sons.
234. Lloyd-Williams M and Friedman T (1999) Depression in terminally ill patients. *American Journal of Hospice Palliative Care*, **16**, 704.
235. Lo C *et al* (2010) Longitudinal study of depressive symptoms in patients with metastatic gastrointestinal and lung cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **28**, 3084–9.
236. Low CA, Stanton AL, Bower JE and Gyllenhammer L (2010) A randomized controlled trial of emotionally expressive writing for women with metastatic breast cancer. *Health Psychology*, **29**, 460–66.

237. Lumley MA, Kelley JE and Leissen JCC (1997) Health effects of emotional disclosure in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, **16**, 331–40.
238. Lundin T (1984) Morbidity following sudden and unexpected bereavement. *British Journal of Psychiatry*, **144**, 84–8.
239. Maciejewski PK, Zhang B, Block SD and Prigerson HG (2007) An empirical examination of the stage theory of grief. *Journal of the American Medical Association*, **297**, 716–23.
240. McIntosh J (1974) Process of communication, information seeking and control associated with cancer. *Social Science and Medicine*, **8**, 167–87.
241. McLean LM, Jones JM, Rydall AC *et al* (2008) A couples intervention for patients facing advanced cancer and their spouse caregivers: outcomes of a pilot study. *Psycho-Oncology*, **17**, 1152–6.
242. McNair D, Lorr M and Droppleman L (1971) *Manual for Profile of Mood States*. San Diego, CA: Education and Industrial Testing Service.
243. Magee B (1997) *Confessions of a Philosopher*. London: Weidenfeld and Nicholson.
244. Maguire GP, Lee EG, Bevington DJ *et al* (1978) Psychiatric problems in the first year after mastectomy. *British Medical Journal*, **1**, 963–5.
245. Maguire P (1979) The will to live in the cancer patient. В издании: Stoll BA, ed. *Mind and Cancer Prognosis*, стр. 169–82. Chichester: John Wiley & Sons.
246. Manne SL *et al* (2005) Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **73**, 634–6.
247. Mannix K *et al* (2006) Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, **20**, 579–84.
248. Masters WH and Johnson VE (1970) *Human Sexual Inadequacy*. Boston, MA: Little, Brown and Company.
249. Mawson D, Marks I, Ramm L and Stern R (1981) Guided mourning for morbid grief: a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, **138**, 185–93.
250. Meichenbaum D (1977) *Cognitive-Behavior Modification: an integrative approach*. New York: Plenum Press.
251. Meichenbaum D (1985) *Stress Inoculation Training*. Oxford: Pergamon Press.
252. Mellon S, Northouse LL and Weiss LK (2006) A population-based study of the quality of life of cancer survivors and their family caregivers. *Cancer Nursing*, **29**, 120–31.
253. Meyer TJ and Mark MM (1995) Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*, **14**, 101–8.

254. Middelboe T, Ovesen L, Mortensen E and Lykke BP (1995) The relationship between self-reported general health and observed depression and anxiety in cancer patients during chemotherapy. *Nordic Journal of Psychiatry*, **49**, 25–31.
255. Mishel MH *et al* (2005) Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psycho-Oncology*, **14**, 962–78.
256. Mitchell GW and Glicksman AS (1977) Cancer patients: knowledge and attitudes. *Cancer*, **40**, 61–6.
257. Montel S (2010) Fear of recurrence: a case report of a woman breast cancer survivor with GAD treated successfully by CBT. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **17**, 346–53.
258. Montgomery C, Lydon A and Lloyd K (1999) Psychological distress among cancer patients and informed consent. *Journal of Psychosomatic Research*, **46**, 241–5.
259. Montgomery GH and Bovbjerg DH (2001) Specific response expectancies predict anticipatory nausea during chemotherapy for breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **69**, 831–5.
260. Moorey S (1996) When bad things happen to rational people: cognitive therapy in adverse life situations. В издании: Salkovskis P, ed. *Frontiers of Cognitive Therapy*, стр. 450–69. New York: Guilford Press.
261. Moorey S (2007) Breast cancer and body image. В издании: Nasser M, Baistow K and Treasure J, eds. *The Female Body in Mind: the interface between the female body and mental health*, стр. 72–89. Hove: Routledge.
262. Moorey S (2010) Cognitive behaviour therapy and psychoanalysis. В издании: Lemma A and Patrick M, eds. *Off the Couch: contemporary psychoanalytic applications*, стр. 194–211. Hove: Routledge.
263. Moorey S (2011) Socratic methods in adversity. В издании: Padesky CA and Kennerley H, eds. *Oxford Guide to Socratic Methods in CBT*, стр. 000–000. Oxford: Oxford University Press.
264. Moorey S and Greer S (1989) *Psychological Therapy for Patients with Cancer*. Oxford: Heinemann.
265. Moorey S and Greer S (2002) *Cognitive Behaviour Therapy for People with Cancer*. Oxford: Oxford University Press.
266. Moorey S *et al* (1991) The factor structure and factor stability of the Hospital Anxiety and Depression Scale in patients with cancer. *British Journal of Psychiatry*, **158**, 255–9.
267. Moorey S *et al* (1994) Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: outcome at one year. *Psycho-Oncology*, **3**, 39–46.

268. Moorey S, Greer S, Bliss J and Law M (1998) A comparison of adjuvant psychological therapy and supportive counselling in patients with cancer. *Psycho-Oncology*, **7**, 218–28.
269. Moorey S, Frampton M and Greer S (2003) The Cancer Coping Questionnaire: a selfrating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psycho-Oncology*, **12**, 331–44.
270. Moorey S *et al* (2009) A cluster randomized controlled trial of cognitive behaviour therapy for common mental disorders in patients with advanced cancer. *Psychological Medicine*, **39**, 713–23.
271. Morgenthaler T *et al* (2006) Practice parameters for the psychological and behavioral treatment of insomnia: an update. An American Academy of Sleep Medicine report. *Sleep*, **29**, 1415–19.
272. Morize V, Nguyen DT, Lorente C and Desfosses G (1999) Descriptive epidemiological survey on a given day in all palliative care patients hospitalized in a French university hospital. *Palliative Medicine*, **13**, 105–17.
273. Morris T, Greer HS and White P (1977) Psychological and social adjustment to mastectomy: a two-year follow-up study. *Cancer*, **77**, 2381–7.
274. Morris T, Blake S and Buckley M (1985) Development of a method for rating cognitive responses to a diagnosis of cancer. *Social Science and Medicine*, **20**, 795–802.
275. Morris T, Pettingale K and Haybittle J (1992) Psychological response to cancer diagnosis and disease outcome in patients with breast cancer and lymphoma. *Psycho-Oncology*, **1**, 105–14.
276. Morrow GR (1984) Clinical characteristics associated with the development of anticipatory nausea and vomiting in cancer patients undergoing chemotherapy treatment. *Journal of Clinical Oncology*, **2**, 1170–76.
277. Morrow GR, Lindke J and Black PM (1991) Predicting development of anticipatory emesis in cancer patients: prospective examination of eight characteristics. *Journal of Pain and Symptom Management*, **6**, 215–23.
278. Morrow GR *et al* (1992) Comparing the effectiveness of behavioral treatment for chemotherapy-induced nausea and vomiting when administered by oncologists, oncology nurses, and clinical psychologists. *Health Psychology*, **11**, 250–56.
279. Moynihan C (1987) Testicular cancer: the psychosocial problems of patients and their relatives. *Cancer Surveys*, **6**, 477–510.
280. Moynihan C *et al* (1998) Evaluation of adjuvant psychological therapy in patients with testicular cancer: a randomised trial. *British Medical Journal*, **316**, 429–35.
281. Neimeyer RA (2006) Making meaning in the midst of loss. *Grief Matters: the Australian Journal of Grief and Bereavement*, **9**, 62–5.

282. Northouse LL, Dorris G and Charron-Moore C (1996) Factors affecting couples' adjustment to recurrent breast cancer. *Social Science and Medicine*, **41**, 69–76.
283. Northouse LL, Templin T, Mood D and Oberst M (1998) Couples' adjustment to breast cancer and benign breast disease: a longitudinal analysis. *Psycho-Oncology*, **7**, 37–48.
284. Novaco RW (1976) The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry*, **133**, 1124–8.
285. Novaco RW (1995) Clinical problems of anger and its assessment and regulation through a stress coping skills approach. В издании: O'Donohue W and Krasner L, eds. *Handbook of Psychological Skills Training: clinical techniques and applications*, стр. 320–38. Boston, MA: Allyn and Bacon.
286. Novaco RW and Chemtob CM (1998) Anger and trauma: conceptualization, assessment, and treatment. В издании: Follette VM, Ruzek JI and Abueg FR, eds. *Cognitive-Behavioral Therapies for Trauma*, стр. 162–90. New York: Guilford Press.
287. O'Brien CW and Moorey S (2010) Outlook and adaptation in advanced cancer: a systematic review. *Psycho-Oncology*, **19**, 1239–49.
288. Oken D (1961) What to tell cancer patients: a study of medical attitudes. *Journal of the American Medical Association*, **175**, 1120–28.
289. Osborne RH *et al* (1999) The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: replication and refinement in 632 breast cancer patients. *Psychological Medicine*, **29**, 1335–45.
290. Parkes CM (1986) *Bereavement: studies of grief in adult life*. London: Penguin Books.
291. Parle M, Maguire P and Heaven C (1997) The development of a training model to improve health professionals' skills, self-efficacy and outcome expectancies when communicating with cancer patients. *Social Science and Medicine*, **44**, 231–40.
292. Parloff MB, Waskow IE and Wolfe BE (1978) Research on therapist variables in relation to process and outcome. В издании: Garfield SL and Bergin A, eds. *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: an empirical analysis*, **2nd** edn, стр. 233–82. New York: John Wiley & Sons.
293. Peck A (1972) Emotional reactions to having cancer. *American Journal of Roentgenology, Radium Therapy and Nuclear Medicine*, **114**, 591–9.
294. Perloff LS (1983) Perceptions of vulnerability to victimisation. *Journal of Social Issues*, **39**, 41–61.
295. Perloff LS (1987) Social comparison and illusions of invulnerability to negative life events. В издании: Snyder CR and Ford CE, eds. *Coping with Negative*

- Life Events: clinical and social psychological perspectives*, стр. 217–42. New York: Plenum Press.
296. Persons JB, Davidson J and Tompkins MA (2001) *Essential Components of Cognitive-Behavior Therapy for Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
297. Pettingale KW, Philalethis A, Tee DEH and Greer HS (1981) The biological correlates of psychological responses to cancer. *Journal of Psychosomatic Research*, **25**, 453–8.
298. Pettingale KW, Burgess C and Greer S (1988) Psychological response to cancer diagnosis. I. Correlations with prognostic variables. *Journal of Psychosomatic Research*, **32**, 255–61.
299. Phillips DP and Smith DG (1990) Postponement of death until symbolically meaningful occasions. *Journal of the American Medical Association*, **263**, 1947–51.
300. Pistrang N and Barker C (1995) The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science and Medicine*, **40**, 789–97.
301. Portenoy R (1989) Cancer pain. Epidemiology and symptoms. *Cancer*, **63** (Suppl. 11), 2298–307.
302. Potosky AL *et al* (2005) 5-year urinary and sexual outcomes after radical prostatectomy: results from the prostate cancer outcomes study. *Journal of Urology*, **173**, 1701–5.
303. Prigerson HG, Vanderwerker LC and Maciejewski PK (2008) A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. В издании: Stroebe M, Hansson R, Schut H and Stroebe W, eds. *Handbook of Bereavement Research and Practice: 21st century perspectives*, стр. 165–86. Washington, DC: American Psychological Association.
304. Prigerson H *et al* (2009) Prolonged grief disorder: psychometric validation of criteria proposed for DMS-V and ICD-11. *PLOS Medicine*, **6**(8), e100121.
305. Rabkin JG *et al* (2009) Depression, distress and positive mood in late-stage cancer: a longitudinal study. *Psycho-Oncology*, **18**, 79–86.
306. Raphael B (1984) *The Anatomy of Bereavement: a handbook for the caring professions*. London :Hutchinson.
307. Ratchliffe MA, Dawson AA and Walker LG (1995) Eysenck Personality Inventory L-scores in patients with Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma. *Psycho-Oncology*, **4**, 39–45.
308. Renneker RE (1982) Cancer and psychotherapy. В издании: Goldberg JG, ed. *Psychotherapeutic Treatment of Cancer Patients*, стр. 000–000. New York: Free Press.
309. Richardson JL, Shelton DR, Krailo M and Levine AM (1990) The effect of compliance with treatment on survival among patients with hematologic malignancies. *Journal of Clinical Oncology*, **8**, 356–64.

310. Rieker PP, Edbril SD and Garnick MB (1985) Curative testis cancer therapy: psychosocial sequelae. *Journal of Clinical Oncology*, **3**, 1117–26.
311. Ringdal GI (1995) Correlates of hopelessness in cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, **13**, 47–66.
312. Robb KA, Williams JE, Duvivier V and Newham DJ (2006) A pain management program for chronic cancer-treatment-related pain: a preliminary study. *Journal of Pain*, **7**, 82–90.
313. Rodrigue JR and Park TL (1996) General and illness-specific adjustment to cancer: relationship to marital status and marital quality. *Journal of Psychosomatic Research*, **40**, 29–36.
314. Roesch SC *et al* (2005) Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *Journal of Behavioural Medicine*, **28**, 281–93.
315. Rosenblatt PC (2000) Parents talking in the present tense about their dead child. *Bereavement Care*, **18**, 35–8.
316. Ross L *et al* (2009) No effect on survival of home psychosocial intervention in a randomized study of Danish colorectal cancer patients. *Psycho-Oncology*, **18**, 875–85.
317. Sage N, Sowden M and Chorlton E (2008) *CBT for Chronic Illness and Palliative Care: a workbook and toolkit*. Chichester: John Wiley & Sons.
318. Salkovskis PM (1991) The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: a cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, **19**, 6–9.
319. Salkovskis PM and Warwick NMC (1986) Morbid preoccupations, health anxiety and reassurance: a cognitive - behavioural approach to hypochondriasis. *Behaviour Research and Therapy*, **24**, 597–602.
320. Sanders CM (1979) A comparison of adult bereavement in the death of a spouse, child, and parent. *Omega — Journal of Death and Dying*, **10**, 303–22.
321. Sandgren AK and McCaul KD (2007) Long-term telephone therapy outcomes for breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, **16**, 38–47.
322. Sandgren AK *et al* (2000) Telephone therapy for patients with breast cancer. *Oncology Nursing Forum*, **27**, 683–8.
323. Savard J and Morin CM (2001) Insomnia in the context of cancer: a review of a neglected problem. *Journal of Clinical Oncology*, **19**, 895–908.
324. Savard J *et al* (2001) Prevalence, clinical characteristics, and risk factors for insomnia in the context of breast cancer. *Sleep*, **24**, 583–90.
325. Savard J *et al* (2006) Randomized clinical trial on cognitive therapy for depression in women with metastatic breast cancer: psychological and immunological effects. *Palliative and Supportive Care*, **4**, 219–37.
326. Schmale AH *et al* (1982) Pretreatment behaviour profiles associated with subsequent psychosocial adjustment in radiation therapy patients: a prospective study. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, **12**, 187–95.

327. Schover LR (1998) Sexual dysfunction. В издании: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*, стр. 494–9. New York: Oxford University Press.
328. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (2008) *Control of Pain in Adults with Cancer*. Guideline No. 106. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network.
329. Segal ZV, Williams JMG and Teasdale JD (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
330. Selawry O (1979) The individual and the median. В издании: Stoll BA, ed. *Mind and Cancer Prognosis*, стр. 39–43. Chichester: John Wiley & Sons.
331. Sellick SM and Crooks DL (1999) Depression and cancer: an appraisal of the literature for prevalence, detection, and practice guideline development for psychological interventions. *Psycho-Oncology*, 8, 315–33.
332. Semple CJ, Dunwoody L, Sullivan K and Kernohan WG (2006) Patients with head and neck cancer prefer individualized cognitive behavioural therapy. *European Journal of Cancer Care*, 15, 220–7.
333. Servaes P *et al* (1999) Inhibition of emotional expression in breast cancer patients. *Behavioral Medicine*, 25, 23–7.
334. Shadish WR and Baldwin SA (2005) The effects of behavioral marital therapy: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 6–14.
335. Shear K, Frank E, Houch PR and Reynold CF (2005) Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2601–8.
336. Sheard T and Maguire P (1999) The effect of psychological interventions on anxiety and depression in cancer patients: results of two meta-analyses. *British Journal of Cancer*, 80, 1770–80.
337. Sherman AC *et al* (2004) Group interventions for patients with cancer and HIV disease: Part I: Effects on psychosocial and functional outcomes at different phases of illness. *International Journal of Group Psychotherapy*, 54, 29–82.
338. Sherwood P *et al* (2005) A cognitive behavioral intervention for symptom management in patients with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32, 1190–8.
339. Silberfarb PM and Greer S (1982) Psychological concomitants of cancer: clinical aspects. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 470–78.
340. Silverman GK, Johnson JG and Prigerson HG (2001) Preliminary explorations of the effects of prior trauma and loss on risk of psychiatric disorders in recently widowed people. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 38, 202–15.
341. Simonton S and Sherman A (2000) An integrated model of group treatment for cancer patients. *International Journal of Group Psychotherapy*, 50, 487–506.

342. Simonton S, Simonton OC and Creighton JC (1978) *Getting Well Again*. New York: Bantam Books.
343. Smith MT and Neubauer DN (2003) Cognitive behavior therapy for chronic insomnia. *Clinical Cornerstone*, **5**, 28–40.
344. Smith MT, Huang MI and Manber R (2005) Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review*, **25**, 559–92.
345. Speca M (1999) Rejoinder to Fox. *Psycho-Oncology*, **8**, 276.
346. Speice J *et al* (2000) Involving family members in cancer care: focus group considerations of patients and oncological providers. *Psycho-Oncology*, **9**, 101–12.
347. Spiegel D (1985) Psychosocial interventions with cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, **3**, 83–95.
348. Spiegel D and Spira J (1991) *Supportive-Expressive Group Therapy: a treatment manual of psychosocial intervention for women with recurrent breast cancer*. Stanford, CA: Stanford University School of Medicine.
349. Spiegel D, Bloom JR and Yalom ID (1981) Group support for patients with metastatic cancer. *Archives of General Psychiatry*, **38**, 527–33.
350. Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC and Gottheil E (1989) Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet*, **ii**, 888–91.
351. Spiegel D, Kraemer HC and Bloom JR (1998) A tale of two methods: randomisation versus matching trials in clinical research. *Psycho-Oncology*, **7**, 371–5.
352. Spiegel D *et al* (1999) Group therapy for recently diagnosed breast cancer patients: a multicenter feasibility study. *Psycho-Oncology*, **8**, 482–3.
353. Spielberger CD, Gorsuch RL and Lushene RF (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
354. Spira JL (1998) Group therapies. В издании: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*, стр. 701–16. New York: Oxford University Press.
355. Stanton AL *et al* (2000a) Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**, 875–82.
356. Stanton AL, Kirk SB, Cameron CL and Danoff-Burg S (2000b) Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Health Psychology*, **12**, 16–23.
357. Stiegelis HE *et al* (2003) Cognitive adaptation: a comparison of cancer patients and healthy references. *British Journal of Health Psychology*, **8**, 303–18.
358. Stroebe M, Schut H and Stroebe W (2007) Health outcomes of bereavement. *Lancet*, **370**, 1960–73.
359. TARRIER N and Maguire P (1984) Treatment of psychological distress following mastectomy: an initial report. *Behaviour Research and Therapy*, **22**, 81–4.

360. Tatrow K and Montgomery GH (2006) Cognitive behavioral therapy techniques for distress and pain in breast cancer patients: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, **29**, 17–27.
361. Taylor SE and Armor DA (1996) Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, **64**, 873–98.
362. Taylor SE, Lichtman RR and Wood JV (1984) Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, **46**, 489–502.
363. Taylor SE *et al* (1993) Optimism, coping, psychological distress, and high-risk sexual behavior among men at risk for acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Journal of Personality and Social Psychology*, **63**, 460–73.
364. Taylor SE *et al* (2000) Psychological resources, positive illusions, and health. *American Psychologist*, **55**, 99–109.
365. Teasdale JD (1983) Change in cognition during depression — psychopathological implications: discussion paper. *Journal of the Royal Society of Medicine*, **76**, 1038–44.
366. Telch CF and Telch MJ (1986) Group coping skills instruction and supportive group therapy for cancer patients: a comparison of strategies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **34**, 802–8.
367. Temoshok L (1985) Biopsychosocial studies on cutaneous malignant melanoma: psychosocial factors associated with progression, psychophysiology and tumor-host response. *Social Science and Medicine*, **20**, 833–40.
368. Tennen H and Affleck G (1999) Finding benefits in adversity. В издании: Snyder CR, ed. *Coping: the psychology of what works*, стр. 279–304. Oxford: Oxford University Press.
369. Teno JM (1999) Lessons learned and not learned from the SUPPORT project. *Palliative Medicine*, **13**, 91–3.
370. Thomas C, Turner P and Madden F (1988) Coping and the outcome of stoma surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, **4**, 457–67.
371. Thompson GN *et al* (2009) Prognostic acceptance and the well-being of patients receiving palliative care for cancer. *Journal of Clinical Oncology*, **27**, 5757–62.
372. Thwaites R and Bennett-Levy J (2007) Conceptualizing empathy in cognitive behaviour therapy: making the implicit explicit. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **35**, 591–612.
373. Tomarken A *et al* (2007) Factors of complicated grief pre-death in caregivers of cancer patients. *Psycho-Oncology*, **17**, 105–11.
374. Tremblay V, Savard J and Ivers H (2009) Predictors of the effect of cognitive behavioral therapy for chronic insomnia comorbid with breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **77**, 742–50.

375. Trillin AS (1981) Of dragons and garden peas: a cancer patient talks to doctors. *New England Journal of Medicine*, **304**, 699–701.
376. Tross S *et al* (1996) Psychological symptoms and disease-free and overall survival in women with stage II breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, **88**, 661–7.
377. Turk DC and Fernandez E (1991) Pain: a cognitive-behavioural perspective. В издании: Watson M, ed. *Cancer Patient Care: psychosocial treatment methods*, стр. 15–44. New York: Cambridge University Press.
378. Turner R (1995) Principles of palliative care. В издании: Horwich A, ed. *Oncology*, стр. 199–211. London: Chapman and Hall.
379. Vachon MLS *et al* (1977) The final illness in cancer: the widow's perspective. *Canadian Medical Association Journal*, **117**, 1151–4.
380. van den Beuken-van Everdingen MH *et al* (2008) Concerns of former breast cancer patients about disease recurrence: a validation and prevalence study. *Psycho-Oncology*, **17**, 1137–45.
381. Vanderwerker LC, Jacobs SC, Parkes CM and Prigerson HG (2006) An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **194**, 121–3.
382. Van Doom C, Kasl SV, Beery KC and Prigerson HG (1998) The influence of marital quality and attachment styles on traumatic grief and depressive symptoms. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **186**, 560–73.
383. von Eschenbach AC (1986) Sexual dysfunction following therapy for cancer of the prostate, testis and penis. В издании: Vaeth JM, ed. *Body Image, Self-Esteem and Sexuality in Cancer Patients*, стр. 48–55. Basel: Karger.
384. Van Heeringen C, Van Moffaert M and de Cuyper G (1990) Depression after surgery for breast cancer: comparison of mastectomy and lumpectomy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **51**, 175–9.
385. Vos MS and de Haes JC (2007) Denial in cancer patients: an explorative review. *Psycho-Oncology*, **16**, 12–25.
386. Vos PJ *et al* (2007) Effectiveness of group psychotherapy compared to social support groups in patients with primary non-metastatic breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **25**, 37–60.
387. Watson M (1993) Anticipatory nausea and vomiting: broadening the scope of psychological treatments. *Supportive Care in Cancer*, **1**, 171–7.
388. Watson M and Marvell C (1992) Anticipatory nausea and vomiting among cancer patients: a review. *Psychology and Health*, **6**, 97–106.
389. Watson M and Greer S (1998) Coping and personality. В издании: Holland JC, ed. *Psycho-Oncology*, стр. 81–98. New York: Oxford University Press.

390. Watson M, Pettingale KW and Greer S (1984) Emotional control and autonomic arousal in breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, **28**, 467–74.
391. Watson M *et al* (1988) Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer: the MAC scale. *Psychological Medicine*, **18**, 203–9.
392. Watson M, Greer S, Pruyn J and Van den Borne B (1990) Locus of control and adjustment to cancer. *Psychological Reports*, **66**, 39–48.
393. Watson M *et al* (1994) The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, **12**, 33–46.
394. Watson M *et al* (1999) Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *Lancet*, **354**, 1331–6.
395. Weinstein M (1974) Allocation of subjects in medical experiments. *New England Journal of Medicine*, **291**, 1278–85.
396. Weinstein ND and Lachendro E (1982) Egocentrism as a source of unrealistic optimism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **8**, 195–200.
397. Weisman AD and Worden JW (1977) *Coping and Vulnerability in Cancer Patients*. Boston, MA: Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School.
398. Weisman AD, Worden JW and Sobel HJ (1980) *Psychosocial Screening and Intervention with Cancer Patients. Project Omega*. Boston, MA: Harvard Medical School and Massachusetts General Hospital.
399. Wellisch DK *et al* (1992) Psychological functioning of daughters of breast cancer patients. Part II. Characterizing the distressed daughter of the breast cancer patient. *Psychosomatics*, **33**, 171–9.
400. Wells A (1997) *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
401. Wells A (2000) *Emotional Disorders and Metacognition: innovative cognitive therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
402. White CA (2001) *Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems: a guide to assessment and treatment in practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
403. Williams C (1997) A cognitive model of dysfunctional illness behaviour. *British Journal of Health Psychology*, **2**, 153–65.
404. Williams NL and Johnston D (1983) The quality of life after rectal excision for low rectal cancer. *British Journal of Surgery*, **70**, 460–62.
405. Willmoth MC and Botchway P (1999) Psychosexual implications of breast and gynaecologic cancer. *Cancer Investigations*, **17**, 631–6.
406. Winer EP *et al* (1999) Quality of life in patients surviving at least 12 months following high dose chemotherapy with autologous bone marrow support. *Psycho-Oncology*, **8**, 167–76.

407. Wirsching M, Druner HU and Herrman C (1975) Results of psychosocial adjustment to long-term colostomy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **26**, 245–56.
408. Wirsching M *et al* (1988) Psychosocial factors influencing health development in breast cancer and mastopathia. В издании: Cooper CL, ed. *Stress and Breast Cancer*, стр. 99–107. Chichester: John Wiley & Sons.
409. Wiser S and Goldfried MR (1998) Therapist interventions and client emotional experiencing in expert psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **66**, 634–40.
410. Wiser S and Arnow B (2001) Emotional experiencing: to facilitate or regulate? *Journal of Clinical Psychology*, **57**, 157–68.
411. Worden JW, Johnston LC and Harrison RH (1974) Survival quotient as a method of investigating psychosocial aspects of cancer survival. *Psychological Reports*, **35**, 719–26.
412. World Health Organization (1990) *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Geneva: World Health Organization.
413. Wortman CB and Dunkel-Schetter C (1979) Interpersonal relationships and cancer: a theoretical analysis. *Journal of Social Issues*, **35**, 120–55.
414. Zabora JR *et al* (1990) An efficient method for psychosocial screening of cancer patients. *Psychosomatics*, **31**, 192–6.
415. Zahlis EH and Lewis FM (1998) Mothers' stories of the school-age child's experience with the mother's breast cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, **16**, 25–43.
416. Zaider TI and Kissane DW (2010) Psychosocial interventions for couples and families coping with cancer. В издании: Holland JC *et al*, eds. *Handbook of Psycho-Oncology*, стр. 402–7. Oxford: Oxford University Press.
417. Zech D *et al* (1995) Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain*, **63**, 65–76.
418. Zee PC and Ancoli-Israel S (2009) Does effective management of sleep disorders reduce cancer-related fatigue? *Drugs*, **69** (Suppl. 2), 29–41.
419. Zigmond AS and Snaith RP (1983) The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, **67**, 361–70.
420. Zuccherro RA (1998) Marital adjustment of older adult couples with breast cancer, prostate cancer, and couples without cancer. *Dissertation Abstracts International: Section B: the Sciences and Engineering*, **59**, 3102.

У цьому оновленому виданні обговорюються результати багатьох клінічних і наукових досліджень в областях психоонкології та когнітивно-поведінкової терапії, а також даються практичні рекомендації щодо застосування КПТ для подолання таких поширених симптомів, як безсоння, втома, млявість і нудота. Книга рекомендується фахівцям з психіатрії, які працюють в області онкології, а також медичним працівникам, які цікавляться психологічним лікуванням.

Науково-популярне видання
Мури, Стірлінг, Грір, Стівен.

**Когнітивно-поведінкова терапія
для онкологічних пацієнтів
Оксфордське керівництво
(Рос. мовою)**

Зав. редакцією *С. М. Тригуб*

Із загальних питань звертайтеся до видавництва “Діалектика” за адресою:
info@dialektika.com, <http://www.dialektika.com>

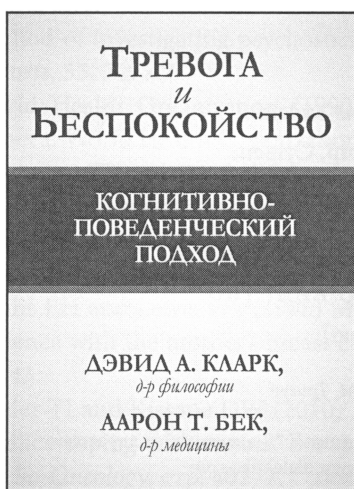
Підписано до друку 22.02.2021. Формат 60х90/16
Ум. друк. арк. 25,0. Обл.-вид. арк. 19,8
Зам. № 21-0685

Видавець ТОВ “Комп’ютерне видавництво “Діалектика”
03164, м. Київ, вул. Генерала Наумова, буд. 23-Б.
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 6758 від 16.05.2019.

Надруковано ТОВ “АЛЬФА ГРАФІК”
03067, м. Київ, вул. Машинобудівна, 42
Свідоцтво суб’єкта видавничої справи ДК № 6838 від 09.07.2019.

ТРЕВОГА И БЕСПОКОЙСТВО КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД

**Дэвид А. Кларк
Аарон Т. Бек**



Книга *Когнитивно-поведенческий подход*, написанная признанными специалистами в области когнитивно-поведенческой терапии, — отличное пособие по самопомощи для всех, кто склонен к излишним переживаниям; также ее найдут несомненно полезной и профессиональные психологи, непосредственно работающие с клиентами.

www.dialektika.com

ISBN 978-5-907144-49-1

в продаже

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЛЯ СЛОЖНЫХ СЛУЧАЕВ

ЧТО ДЕЛАТЬ, КОГДА ПРОСТЫЕ РЕШЕНИЯ НЕ РАБОТАЮТ

Джудит С. Бек

Эта книга станет настольной для каждого психотерапевта-когнитивиста. В любой сложной ситуации с клиентом, требующего от психотерапевта нестандартного подхода, он наверняка найдет ответы в этой книге. Здесь последовательно рассматриваются сложности, возникающие на разных этапах терапии — установление целей терапии, формирование повестки сессии, выявление автоматических мыслей и убеждений и их когнитивная реструктуризация, домашнее задание. Особое внимание уделяется работе со сложностями в терапевтических отношениях и дисфункциональным реакциям терапевта. Эта книга будет очень полезна как для психотерапевтов, практикующих когнитивно-поведенческую терапию, так и для тех, кто делает первые шаги в этом направлении психотерапии.



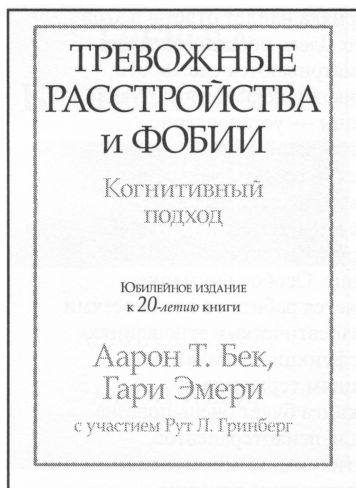
www.dialektika.com

ISBN 978-5-907144-88-0

в продаже

ТРЕВОЖНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ФОБИИ КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД

**Аарон Т. Бек,
Гари Эмери**



www.dialektika.com

Известный психиатр Аарон Т. Бек, один из пионеров когнитивной революции, обратился к теории обработки информации, чтобы понять источники, последствия и способы лечения тревожных расстройств и фобий. В первой половине этого классического текста А. Бек подробно останавливается на клинической картине тревожных расстройств и фобий, предлагая объяснительную модель этих многогранных явлений. Далее когнитивный психолог Гари Эмери подробно описывает терапевтические принципы, стратегии и тактики, разработанные на основе когнитивной модели тревожных расстройств и фобий. Это издание сопровождается новым предисловием А. Бека, которое отражает его взгляд на современное состояние когнитивной терапии и ее применение для лечения фобий и тревоги. Книга будет интересна психологам, консультантам, психотерапевтам, психиатрам, социальным работникам — всем, кто по роду своей профессиональной деятельности сталкивается с клиентами, страдающими тревожными расстройствами и фобиями.

ISBN 978-5-907203-51-8

в продаже

Оксфордское руководство

Когнитивно-поведенческая терапия для онкологических пациентов

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) представляет собой краткий, целенаправленный метод, обещающий оказать немалую помощь тем, кто болеет раком. В настоящем издании наглядно показывается, каким образом психологические интервенции, которые проводятся психотерапевтом средствами КПТ для совладания с дистрессом пациентов, могут быть приспособлены к трудным клиническим условиям онкологических заболеваний и паллиативному лечению. Применяя модель КПТ для понимания реакций на онкологическое заболевание, авторы настоящего издания представляют на суд читателей когнитивные, поведенческие, эмоциональные и межличностные методы, помогающие людям адаптироваться к угрозам, которые рак несет их выживанию и личности. Многочисленные примеры конкретных случаев применения подобных методов, приведенные в настоящем издании, наглядно показывают, как с их помощью можно снизить уровень тревоги и депрессии, дать пациентам возможность проявить боевой дух, научиться эффективным навыкам совладания с дистрессом, связанным с заболеванием, а также выработать привычку открытого общения со своими партнерами. В настоящем, обновленном издании обсуждаются результаты многих клинических и научных исследований в областях психоонкологии и когнитивно-поведенческой терапии, а также даются практические рекомендации по применению КПТ для работы с такими распространенными симптомами, как бессоница, усталость и тошнота.

Категория: психотерапия

Предмет рассмотрения: методы когнитивно-поведенческой терапии

Уровень: средний—продвинутый

Комп'ютерне видавництво
"ДІАЛЕКТИКА"
www.dialektika.com

ISBN 978-617-7874-62-0

