

СФОКУСИРОВАННАЯ НА РУМИНАЦИИ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИИ

ЭДВАРД УОТКИНС



Когнитивно-поведенческая психотерапия

Эдвард Уоткинс

**Сфокусированная на
руминации когнитивно-
поведенческая терапия депрессии**

«Питер»

2016

УДК 616.89
ББК 88.481

Уоткинс Э.

Сфокусированная на руминации когнитивно-поведенческая терапия депрессии / Э. Уоткинс — «Питер», 2016 — (Когнитивно-поведенческая психотерапия)

ISBN 978-5-4461-1502-0

Руминации играют ключевую роль в возникновении и поддержании депрессии и тревоги, и работа с этой устойчивой привычкой в терапии может привести к улучшению результатов лечения пациентов и уменьшению симптомов. Когнитивно-поведенческая терапия депрессии, сфокусированная на руминациях, сочетает в себе тщательно адаптированные элементы КПТ с образами, визуализацией и основанными на сострадании методами. Ведущий клиницист-исследователь Эдвард Р. Уоткинс предлагает все необходимое для реализации этого инновационного, эмпирически подтвержденного подхода, включая примеры диалогов, кейсы и обучающие упражнения для терапевтов, а также раздаточные материалы для клиентов. В формате PDF А4 сохранён издательский дизайн.

УДК 616.89

ББК 88.481

ISBN 978-5-4461-1502-0

© Уоткинс Э., 2016

© Питер, 2016

Содержание

Предисловие	6
Об авторе	10
Введение	11
Благодарности	14
Часть I. Руминационные процессы в психопатологии и лечении	16
Глава 1. Почему лечение направлено на руминацию?	16
Устранение серьезного пробела в лечении	16
Резюме сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии депрессии	22
Глава 2. Понимание руминации	31
Руминация – нормальный процесс, движимый неурегулированными целями	31
Конец ознакомительного фрагмента.	32

Эдвард Уоткинс
Сфокусированная на
руминации когнитивно-
поведенческая терапия депрессии

Научный редактор:

Дмитрий Викторович Ковпак, врач-психотерапевт, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И. И. Мечникова, президент Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

© ООО Издательство «Питер», 2023

Предисловие

Монография Эдварда Р. Уоткинса, профессора экспериментальной и прикладной клинической психологии в британском Университете Эксетера, посвящена современным аспектам терапии депрессии. Основной акцент в авторской модели терапии когнитивно-поведенческого направления, предложенной профессором Уоткинсом, сделан на процессе руминирования, что отражено в названии книги. В психиатрии руминацией (от лат. «пережевывание, повторение») называют навязчивый тип мышления, при котором одни и те же темы, мысли или образы настойчиво и регулярно возникают в голове человека, оттесняя другие полезные виды психической активности. Руминация в клинической практике, согласно теории стилей обработки информации и регулирования, предложенной профессором Йельского университета Сьюзен Нолен-Хоэксема, проявляется в виде сосредоточенного внимания на симптомах своего расстройства, а также рассуждениях о его возможных причинах и последствиях, в отличие от деятельности, направленной на решения. Именно она инициировала новаторские экспериментальные и лонгитюдные исследования, которые представили руминацию в качестве ведущего фактора уязвимости к депрессии. Автор этой монографии является психотерапевтом с большим опытом лечения депрессивных пациентов, и его исследования направлены на экспериментальное понимание психопатологии при депрессии, с особым фокусом на повторяющихся негативных мыслях и руминации. Он был коллегой и соратником Сьюзен Нолен-Хоэксема до самой ее безвременной кончины в 2013 году.

Как отмечает Э. Уоткинс, за последние десятилетия именно руминация и повторяющиеся негативные мысли все чаще рассматривались в научном сообществе в числе наиболее важных когнитивных механизмов при возникновении и развитии депрессии и тревоги. Несмотря на это, до настоящего времени существовали лишь ограниченные и часто разрозненные описания того, как преодолевать руминации и оказывать качественную помощь пациентам с такими проблемами. Руминация является фактором трансдиагностической уязвимости, в связи с чем разработка более эффективных способов борьбы с этим механизмом при различных расстройствах является одной из первоочередных задач современной психотерапии. В связи с этим данное руководство представляет собой важный шаг на пути к решению этих проблем.

На развитие модели когнитивно-поведенческой терапии, сфокусированной на руминации (СРКПТ), оказало значимое влияние возрождение активного использования поведенческих подходов к лечению депрессии и, в частности, растущие доказательства эффективности поведенческой активации. Эта модель лечения разделяет с поведенческой активацией акцент на контекстуальные подходы и функциональный анализ, разработанный Кристофером Мартеллом, Соней Димиджан (Christopher Martell, Sonja Dimidjian) и их коллегами, выдвинувшими ряд предложений о том, как поведенческая активация может помочь справиться с руминацией. Модель СРКПТ активно использует последние разработки терапевтических интервенций, иногда называемые техниками «третьей волны», такими как майндфулнес и терапия, сфокусированная на сострадании. В частности, СРКПТ включает в себя упражнения, направленные на увеличение вовлеченности в настоящий момент, состояние «потока» и содействующие самосостраданию. Ключевые отличия от перечисленных интервенций заключаются в том, что в СРКПТ формы и этапы использования этих интервенций выведены из надежной эмпирической экспериментальной исследовательской базы и прочно основаны на функциональной аналитической структуре.

Автор подробно и с наглядными примерами дает разъяснение руминаций и избегания, в том числе и прокрастинации, функционального анализа, психообразования, диспутирования, поведенческой активации и домашних заданий, а также многих других состояний, процессов и техник, которые будут полезны для терапии пациентов с депрессивными и тревож-

ными расстройствами, клиентов с социальными страхами и избегающим поведением, многими жизненными, в том числе социальными и коммуникативными, трудностями. Примеры терапевтических кейсов дают развернутое понимание специфики когнитивно-поведенческой терапии сфокусированной на руминациях.

Теоретические основания данной терапии выведены из серии экспериментальных исследований, показывающих наличие различных конструктивных и неконструктивных форм руминации. Они свидетельствуют о том, что существуют различные стили руминации, с различными функциональными свойствами и последствиями: полезный стиль, характеризующийся конкретным, ориентированным на процесс и конкретным мышлением, в отличие от бесполезного, низкоадаптивного стиля, характеризующегося абстрактным, оценочным мышлением. Основываясь на этих результатах, терапия предназначена для обучения людей переходу от неконструктивной руминации к конструктивной руминации посредством использования функционального анализа, эмпирических и визуальных упражнений и поведенческих экспериментов. Современные теоретические модели выдвигают гипотезу о том, что неурегулированные проблемы или недостигнутые цели вовлекают человека в обдумывания, чтобы способствовать эффективному саморегулированию для достижения цели. Таким образом, руминирование концептуализируется как попытка осмыслить тревожное событие или решить проблему. В рамках такой концепции руминация – это повторяющаяся мысль на тему, связанную с нерешенными личными задачами и проблемами, которые могут иметь либо конструктивные, либо неконструктивные последствия, в зависимости от того, помогает руминация или препятствует достижению пока еще недостигнутой цели, которая вызвала руминацию.

Функциональный анализ является подходом, направленным на определение функций и контекстов, при которых происходит желаемое и нежелательное поведение, и, таким образом, происходит поиск способов систематического усиления или редукции поведения, являющегося мишенью анализа. Анализ сфокусирован на изучении изменчивости и контекста поведения в рамках личного опыта человека, а также для использования этого материала для руководства интервенциями. Одна из практических целей функционального анализа – улучшить способность пациента различать, когда, где, при каких обстоятельствах, с кем и как работает или не работает та или иная стратегия. В СРКПТ функциональный анализ используется в качестве формы обучения способности осуществлять такие различия.

Профессор Эдвард Р. Уоткинс поясняет, что руминация – это усвоенное привычное поведение, которое развилось через негативное подкрепление, и он концептуализирует это поведение в качестве формы компенсаторной стратегии избегания, которое в свою очередь может иметь разные варианты подкрепления и генеза. Как он пишет в книге: «руминативное мышление, как правило, сфокусировано на причинах, следствиях и смыслах, а не на том, как решать проблемы. Стиль руминативного мышления, как правило, абстрактный, категоричный и сверхобобщенный, а также сосредоточен на оценках и не связан с деталями произошедшего. Этот более абстрактный и категоричный стиль затрудняет решение проблем пациентами и имеет тенденцию усугублять ситуацию, поскольку пациенты склонны видеть вещи без контекста (например, “Я всегда ошибаюсь”), а не в насыщенном контекстом ключе (например, “Я ошибся в каком-то конкретном случае, когда я чувствовал себя определенным образом, в определенном месте в конкретное время, с определенным человеком”»).

Обычно люди склонны переходить к более конкретным описаниям, когда возникают сложности, и использовать более абстрактные и обобщенные уровни, когда дела идут хорошо. При депрессии этот баланс часто нарушается, с тенденцией к более абстрактному, порой сверхобобщенному и менее конкретному мышлению. Это нарушение баланса стилей мышления может повлиять на способность к решению проблем. Руминация возникает, когда стиль мышления приводит лишь к увеличению объема размышлений, а не к планам и действиям. Хороший способ проверить балансировку этих стилей мышления, это рассмотреть взаимосвязь

между мышлением и действием: если рассуждение о проблеме приводит лишь к увеличению размышлений как таковых, то мышление, вероятно, слишком абстрактно, подпитывает само себя, переходя в руминацию, сверхобобщение и бездеятельность. Если размышление о проблеме приводит к плану, принятию решения и к какому-то действию, чтобы справиться с ней, человек, вероятно, мыслит конкретно. И это как раз именно то, что нужно делать, столкнувшись с трудностями или стрессовыми событиями.

В контексте исследовательских работ А.Т. Бека, Дж. Бек и их школы, в которых подробно описаны типичные категории компенсаторных стратегий, избегание как компенсаторная стратегия может нарастать настолько, что в итоге радикально ограничивает жизнь человека, в которой останется очень мало занятий и деятельности, дающих шанс почувствовать себя живым или наполненным. Это в свою очередь в качестве ангедонии еще больше способствует депрессивному настроению и состоянию. Чтобы уменьшить депрессию, нужно открыться своим возможностям и попробовать захватывающие и полезные занятия. Этому способствуют в том числе различные упражнения и техники, описанные в этой книге, – от тренировки целеполагания до погружения в состояния потока, самопринятия и самосострадания.

СРКПТ использует оспаривание мыслей в гораздо меньшей степени, чем стандартная КПТ. Сократовский диспут в СРКПТ, как правило, фокусируется не на доказательствах и точности мышления или на создании альтернативных интерпретаций, а скорее на функциях, целях и полезности мыслей и поведения. Основное внимание уделяется закономерности и последовательности мышления, а не смыслу отдельных мыслей. Ключевым инновационным элементом в СРКПТ является фокусировка на переходе стиля обработки информации в мышлении пациента от неконструктивных форм мышления к более конструктивным формам с использованием функционального анализа, воображения и экспериментальных подходов.

Ключевой принцип в СРКПТ заключается в направлении пациентов от своей непродуктивной тенденции абстрактных, оценочных, сравнительных, концептуальных и пассивных способов реагирования к активным, конкретным, эмпирическим и специфическим формам деятельности. Функциональный анализ помогает пациентам понять, что их руминации о негативном персональном опыте могут быть полезными или бесполезными, и обучить их тому, как перейти к использованию более адаптивного стиля мышления. Кроме того, пациенты используют направленные образы для воссоздания предыдущих психических состояний, когда в их жизни был задействован этот более адаптивный стиль мышления, в том числе таких, как воспоминания о полном поглощении деятельностью в состояниях «потока» или «пикового» опыта. Переход к таким состояниям становится надежной альтернативой руминации. Независимо от того, создается ли такой опыт с помощью техник, упражнений или фактическим участием в деятельности, он является сильным противоядием руминации, сверхобобщению и инертности и действует как мощный антидепрессант.

СРКПТ представляет собой специфически разработанную модель КПТ для лечения руминации, обычно состоящую из серии в виде 12 отдельных сеансов, проводимых еженедельно или раз в две недели. В монографии подробно описана и групповая форма СРКПТ, состоящая из шести сеансов. В настоящее время автором с коллегами разрабатывается платформенное интернет-решение проведения СРКПТ, что также в качестве рабочего примера может представлять интерес для отечественных специалистов, занимающихся проблемами и современными решениями в психотерапии аффективных расстройств.

Это подробное руководство позволит как начинающим, так и опытным специалистам в области охраны психического здоровья расширить свое видение механизмов, способствующих генезу, развитию и поддержанию депрессии, и, что самое важное, поможет освоить инструментарий и методологию современных форм и методик работы с руминациями, навязчивыми рассуждениями и избеганием.

***Ковпак Дмитрий Викторович**, врач психотерапевт, доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, президент Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации, член Координационного совета Санкт-Петербургского психологического общества, член Исполнительного совета международной ассоциации когнитивно-поведенческой терапии (IACBT board member), член Международного консультативного комитета Института Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee), официальный амбассадор города Санкт-Петербурга*

Об авторе

Эдвард Р. Уоткинс, PhD, CPsychol – профессор экспериментальной и прикладной клинической психологии в Университете Эксетера (Великобритания) и директор Центра расстройств настроения и лаборатории исследования дезадаптивных к адаптивной повторяющейся мысли (SMART). Доктор Уоткинс практиковал в качестве когнитивно-поведенческого терапевта в течение 20 лет, специализируясь на депрессии. Его исследования направлены на экспериментальное понимание психопатологии при депрессии – с акцентом на повторяющиеся негативные мысли и руминацию, а также на разработку и оценку новых психологических интервенций при расстройствах настроения, включая рандомизированные контролируемые исследования лечения, в которых руминация при депрессивном расстройстве определена в качестве мишени. Доктор Уоткинс – лауреат премии «Мэй Дэвидсон» Британского психологического общества за выдающийся вклад в развитие клинической психологии в течение первых 10 лет карьеры.

Введение

Эта книга написана для врачей, которые хотят найти лучшие способы борьбы с проблемами руминации и беспокойства у своих пациентов. Она предназначена для практикующих врачей любого уровня, от стажера до супервизора в когнитивной терапии.

Последние 20 лет руминация и повторяющиеся негативные мысли все чаще назывались в числе наиболее важных когнитивных механизмов при возникновении и сохранении депрессии и тревоги. Несмотря на это, до настоящего времени существовали лишь ограниченные и порой схематичные описания того, как бороться с руминацией. Я написал данную книгу, чтобы заполнить этот важный пробел, дав терапевтам подробное и всеобъемлющее руководство. Таким образом, ее цель – представить самые современные принципы и стратегии, которые я нашел эффективными в снижении руминации у пациентов.

Книга основана на оригинальном руководстве по лечению, которое я написал для исследовательского испытания сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии (СРКПТ), и, таким образом, это основанное на фактических данных руководство, использующее лечение, доказавшее свою эффективность. Данная книга была разработана и построена на основе этого руководства таким образом, что включает клинические знания и опыт, полученные за последние 15 лет разработки и внедрения СРКПТ. В то время как мои исследования лечения изначально были сфокусированы только на руминации в контексте резидуальной депрессии, идеи и методы в этой книге не ограничиваются этим применением. В исследовании 2011 года руминация определена в качестве мишени, как единственный фокус терапии, чтобы провести надежную проверку того, действительно ли снижение руминации приведет к снижению резидуальной депрессии. Тем не менее примечательно, что недавно завершённое исследование подтвердило дополнительные преимущества СРКПТ для депрессии по сравнению с существующими методами лечения: группа СРКПТ значительно превзошла стандартную группу когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) в снижении симптомов депрессии у находящегося в психиатрической амбулатории 131 взрослого пациента с большим депрессивным расстройством (Hvenegaard, Watkins, Gondan, Grafton, & Moeller, 2015). Другая работа показала эффективность СРКПТ в профилактике депрессии и тревоги у молодых людей, а также в снижении руминации и депрессии у подростков с перенесенной депрессией в анамнезе. Кроме того, существуют веские теоретические и эмпирические причины для более широкого применения данного лечения.

Подходы и методы, изложенные в этом руководстве, могут быть использованы как отдельное направление – для самостоятельного лечения депрессивного расстройства; включены в качестве модуля, сфокусированного на руминации или беспокойстве, в курс КПТ для депрессии или других расстройств, либо в виде дополнения к другим интервенциям. Например, если вы работаете с пациентом, которому сложно достичь прогресса из-за серьезных руминаций или беспокойства, то интервенции, представленные в этой книге, способны помочь выйти из тупика, независимо от его диагноза. Я полагаю, что данное руководство поможет терапевтам лечить беспокойство и руминации при любых расстройствах, где присутствуют эти пагубные симптомы.

Идея книги родилась более 20 лет назад, когда я работал когнитивно-поведенческим терапевтом в подразделении аффективных расстройств в Институте психиатрии и больнице Модсли в Лондоне, где регулярно занимался КПТ с пациентами, имевшими депрессивное расстройство, которых направляли в эту службу, потому что они испытывали самую стойкую и тяжелую депрессию. Хотя были получены хорошие результаты с использованием классической КПТ Аарона Бека для депрессии, оставалась значительная доля пациентов, у которых улучшение являлось незначительным или отсутствовало. Когда я стал внимательнее наблюдать и

теснее взаимодействовать с ними, выяснилось, что почти все эти люди сообщили, будто руминация – их основная проблема, хотя ранее они о ней не спрашивали и ее не рассматривали. Благодаря наблюдениям я сумел понять феноменологию руминации и начал экспериментировать с лучшими способами ее лечения.

Параллельно с моими исследованиями быстро расширялось поле научно-исследовательской литературы по теме руминации, появлялось все больше доказательств ее важности как фактора уязвимости. Главным образом – из лаборатории Сьюзен Нолен-Хоэксема (Susan Nolen-Hoeksema). Ее исследования были сфокусированы на следствиях руминации, а мои собственные – на ряде удачных наблюдений, сделанных в ходе моей докторской работы по изучению механизмов, лежащих в основе руминации. Она описана в главе 2, которая иллюстрирует связи между клиническими исследованиями и клиническими методами, а также содержит подробную информацию для исследователей и практикующих врачей, заинтересованных в продолжении исследований.

С тех пор СРКПТ превратилась в интеграцию многолетнего клинического наблюдения и апробирования подходов к лечению с преобразованием экспериментальных результатов в клинические методы. Эта книга представляет собой резюме, кульминацию всей клинической и исследовательской работы, цель которой – широкое распространение названных идей среди терапевтического сообщества.

Лечение, описанное в данном руководстве, основано на классическом подходе СВТ к лечению депрессивного расстройства. В первую очередь потому, что именно этому подходу я обучался. На развитие СРКПТ также сильно повлияло возрождение поведенческих подходов к лечению депрессии в течение последнего десятилетия и, в частности, рост доказательств поведенческой активации. Данное лечение разделяет с поведенческой активацией акцент на контекстуальные подходы и функциональный анализ, разработанный Кристофером Мартеллом, Соней Димиджан (Christopher Martell, Sonja Dimidjian) и другими. Действительно, в связи с моей работой Мартелл и соисследователь вносили предложения о том, как поведенческая активация может справиться с руминацией. Обнадуживает тот факт, что их предложения полностью перекликаются с теми, которые описаны в этой книге.

Поскольку разработка СРКПТ также основывалась на моей экспериментальной исследовательской работе, указывающей на важность изменения стиля обработки как средства выведения пациентов из патологической руминации, интервенция имеет ряд эмпирических подходов, предназначенных для корректировки способа обработки. То есть СРКПТ пересекается с рядом последних терапевтических интервенций, иногда называемых интервенциями «третьей волны», такими как майндфулнес и терапия, сфокусированная на сострадании. В частности, она включает в себя упражнения, направленные на увеличение вовлеченности в настоящий момент и для содействия самосостраданию. Главные отличия от названных интервенций заключаются в том, что в СРКПТ все эти интервенции получены из надежной эмпирической исследовательской базы и прочно связаны с функциональной аналитической структурой. Например, подходы к повышению уровня сострадания, изложенные в данном руководстве, хоть и вдохновленные основополагающей работой Пола Гилберта (Paul Gilbert), указывающей на важность сострадания, отличаются от его подхода тем, что основаны на выявлении и воображении пациентами собственного опыта сострадания.

В основе этой книги лежит попытка улучшить лечение распространенных проблем психического здоровья. Несмотря на то что у нас имеются эффективные методы, в том числе классическая КПТ, есть значительный потенциал для роста, а более эффективные и устойчивые методы лечения депрессии и тревоги по-прежнему остаются серьезной проблемой. Выявление важных механизмов, таких как руминация, и их определение в качестве мишени – часть процесса по удовлетворению этой актуальной потребности. Кроме того, с учетом растущих доказательств того, что руминация является фактором трансдиагностической уязвимости, раз-

работка более эффективных способов борьбы с этим механизмом при различных расстройствах – одна из первоочередных задач. Данное руководство представляет собой шаг на пути к решению названных проблем. Я надеюсь, читатель понимает, что знакомство с ним не только улучшит его клиническую практику и результаты пациентов, но также способно вдохновить на дальнейшие терапевтические и исследовательские разработки в данном направлении.

Благодарности

Наука движется вперед, стоя на плечах у гигантов, поэтому создать в мире терапии что-то совершенно новое не представляется возможным. Я как ученый тоже обязан многим людям, с которыми работал и на труды которых опирался все 20 лет моей клинической практики и исследований, ориентированных на изучение руминации когнитивно-поведенческой терапии (СРКПТ).

С самого начала три человека – Сьюзен Нолен-Хоэксема, Джон Тисдейл и Рут Уильямс (Susan Nolen-Hoeksema, John Teasdale, and Ruth Williams) – сыграли решающую роль в рождении СРКПТ. Каждый из них вдохновил меня по-своему, и каждого я не могу отблагодарить в достаточной степени.

Деятельности, сфокусированной на лечении руминации, не было бы без основополагающей работы Сьюзан Нолен-Хоэксема. Она инициировала новаторские экспериментальные и лонгитюдные исследования, которые сделали руминацию основным фактором уязвимости к депрессии. Для меня лично Сьюзен была вдохновляющей и проницательной соратницей, с которой состоялось много увлекательных бесед. Мы все скорбим из-за ее преждевременной кончины. Надеюсь, эта работа станет шагом на пути к реализации ее мечты – эффективно решить проблему руминации. Эта книга посвящена памяти и духу Сьюзен.

Развитие СРКПТ было бы невозможно без наставничества Джона Тисдейла и Рут Уильямс – научных руководителей моей докторской работы, прививших мне ценности и навыки, на которых она строилась. Джон поощрял мой энтузиазм в отношении клинических исследований и фокуса всей карьеры на «вскрытие» механизмов. Он способствовал строгости и ясности проводимой работы. Все хорошее в моих собственных экспериментальных исследованиях связано с требовательными стандартами и мудростью Джона. Рут познакомила меня с когнитивно-поведенческой терапией, продемонстрировав уникальную комбинацию природной точности, сострадания и человечности. Это неслучайно главные устремления в рамках СРКПТ: Рут способна отдать должное лучшим частицам того, что появилось в терапии. Не менее важно, чем опыт, то, что Джон и Рут олицетворяют заботу, юмор, добросовестность и скромность. Для меня большая честь быть направляемым не только лучшими клиническими исследователями, но и лучшими из людей. Большое спасибо вам обоим!

Конечно, разработка лечения – не индивидуальное усилие, а работа команды специалистов. Она сыграла ведущую роль в достижении хорошего результата. Мне очень повезло в начале пути работать с лучшими исследователями Ником Моберли (Nick Moberly) и Мишель Мэлдс (Michelle Moulds) для продвижения изучения руминации. Невозможно представить, что я мог найти кого-то умнее, энергичнее или продуктивнее Ника или Мишель – каждый из них бесценен по-своему. Очень приятно видеть, как они добиваются индивидуального успеха, и продолжать сотрудничать с такими прекрасными коллегами. Спасибо, Ник и Мишель!

Особая признательность Яну Скотту (Jan Scott), который давал полезные рекомендации на критическом этапе первого тестирования СРКПТ и был фантастическим чирлидером для этой работы. Не менее важна самоотдача исследователей и терапевтов в рамках испытаний лечения СРКПТ, которые помогли завершить эту работу с ограниченным бюджетом. Спасибо Кэтрин Раймс (Katharine Rimes), Герберту Штайнеру (Herbert Steiner), Нилу Батерсту (Neil Bathurst), Рейчел Истман (Rachel Eastman), Джанет Уингроув (Janet Wingrove), Сандре Кеннелл-Уэбб (Sandra Kennell-Webb) и Яннис Малль (Yanni Malliaris)!

Свой вклад в СРКПТ также внесли коллеги по всему миру, среди которых Томас Эринг (Thomas Ehring), Морис Топпер (Maurice Topper), Мортен Хвенегор (Morten Hvenegaard), Стайн Мёллер (Stine Moeller), Мортен Киструп (Morten Kistrup), Стивен Линтон (Steven

Linton), Мария Тиллфорс (Maria Tillfors), Винни Мак (Winnie Mak) и Патрик Люнг (Patrick Leung), и которые, я надеюсь, продолжают вносить вклад в ее развитие.

Эта работа была бы невозможна без крупномасштабного финансирования. Я благодарен Wellcome Trust и Совету по медицинским исследованиям Великобритании – за финансирование экспериментальной науки, которая лежит в основе СРКПТ, и Национальному альянсу по исследованиям шизофрении и депрессии – за финансирование первичного испытания СРКПТ.

Кроме того, хорошим подспорьем для меня стали плодотворные беседы с коллегами в области депрессии и когнитивно-поведенческой терапии. Это замечательное сообщество, основанное на сотрудничестве и поддержке. Я не могу перечислить всех, кто повлиял на мое мышление и чьи идеи легли в основу этой книги. Тем не менее мне хочется особо выделить и поблагодарить Пола Гилберта (Paul Gilbert) и Кристофера Мартелла (Christopher Martell) – за их энтузиазм и предоставленную возможность глубже понять механизмы сострадания и поведенческой активизации соответственно. А также Марка Уильямса (Mark Williams), Марка Фристана (Mark Freeston), Тома Борковецца (Tom Borkovec), Дэвида М. Кларка (David M. Clark), Стива Холлона (Steve Hollon), Роба ДеРубейса (Rob DeRubeis), Пола Хертела (Paula Hertel), Эллисон Харви (Allison Harvey), Ютту Йоорман (Jutta Joormann), Колина Маклауда (Colin MacLeod), Анке Элерс (Anke Ehlers), Колетт Хирш (Colette Hirsch), Филипа Рэса (Filip Raes), Эмили Холмс (Emily Holmes), Дирка Херманса (Dirk Hermans), Пьера Филиппо (Pierre Philippot), Эрнста Костера (Ernst Koster), Руди Де Раедта (Rudi De Raedt) и Кристофера Фэрберна (Christopher Fairburn).

Я также хочу выразить глубокую признательность Юджину Муллану (Eugene Mullan) – фантастически отзывчивому коллеге, чей неизменный оптимизм помог мне пережить самые мрачные дни. Его способность видеть возможности для улучшения ситуации даже в самые трудные времена – урок для всех нас. Джим Нагеотт – старший редактор «Гилфорд Пресс» – был движущей силой в создании этой книги. Спасибо, Джим, – за ваше видение того, как собрать проект, за поддержку и ободрение, а также за ваше разумное редакционное суждение, которое помогло сформировать гораздо лучшую и более четкую версию книги! Спасибо, что приложили все усилия ради получения желанного изображения на обложку книги. А старший помощник редактора Джейн Кейслар, старший редактор по выпуску Анна Нельсон и редактор Розали Уидер были чрезвычайно обстоятельными, внимательными и точными – без суетливости и настойчивыми в своих напоминаниях – без ворчания. Спасибо за это!

Самые важные люди в этом начинании – те, кто страдает от руминации и депрессии, кто любезно и мужественно посвятил свое время волонтерству в наших исследованиях и СРКПТ. Их готовность делиться опытом и уроками жизни была неоценима для развития данной терапии. Я очень много узнал, познакомившись с видением тех, кто претерпевает муки руминации; работал вместе с ними, желая выяснить, какое решение подойдет лучше. Я очень благодарен всем участникам и пациентам, вовлеченным в наше исследование. И надеюсь, что их альтруизм в какой-то степени был вознагражден личными выгодами и содействием выздоровлению других людей, испытывающих депрессию.

Наконец, что касается меня лично, я не смог бы ничего сделать без любви и поддержки моей семьи, особенно моей жены Джо (Jo). Спасибо, Джо, за то, что ты со спокойствием, терпением и юмором относилась ко мне, и за споры с детьми, когда я отсутствовал, проводя время за письменным столом. Я считаю своим благословением иметь такого замечательного партнера, чья компания – лучшее средство от руминации, которое мне известно.

Часть I. Руминационные процессы в психопатологии и лечении

Глава 1. Почему лечение направлено на руминацию?

В этом руководстве подробно описана новая форма когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), предназначенная для лечения депрессии и ее распространенных коморбидных расстройств, направленных на руминативное мышление. В части I я даю обоснование, лежащее в основе разработки терапии, а также раскрываю подкрепляющие ее теоретические и клинические принципы. Основополагающий принцип моей работы заключается в том, что нам нужно достичь лучших результатов в лечении и предотвращении депрессии. Для эффективного достижения этого необходимы понимание и ориентация на ключевые механизмы, вызывающие депрессию¹.

Устранение серьезного пробела в лечении

Депрессия – серьезный глобальный вызов

Депрессия – очень распространенное заболевание, затрагивающее 20 % женщин и 10 % мужчин на протяжении их жизни. Кроме того, это хроническое, изнурительное и повторяющееся расстройство (Kessler et al., 1994). Медицинские, социальные, экономические и персональные затраты на депрессию огромны, поскольку она ухудшает качество жизни, снижает производительность труда, препятствует исполнению социальных и семейных ролей, увеличивает риск суицида и самоповреждающего поведения, а также значительно увеличивает глобальное бремя болезней (Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 2008 г.).

В данном случае речь идет о депрессии, относящейся к диагнозу большого депрессивного расстройства, рассматриваемого в таких документах, как *Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM)*, теперь в его 5-й редакции (DSM-5; Американская психиатрическая ассоциация, 2013 г.), и *Международная классификация болезней*, теперь в 10-м пересмотре (МКБ-10; Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), 1992 г.). К важным признакам большого депрессивного расстройства относятся: значительное нарушение настроения (как минимум 2 недели продолжающегося депрессивного настроения или потери интереса / удовольствия / мотивации, например ангедония) и по крайней мере четыре дополнительных когнитивных, поведенческих или физических симптома. Также симптомы должны проявляться в течение всего или большей части дня, почти каждый день на протяжении как минимум 2 недель. Для постановки диагноза эпизод должен быть клинически значимым в плане вызывания дистресса или нарушения функционирования в привычных социальных либо профессиональных ролях человека. Кроме того, альтернативные причины симптомов, такие как тяжелая утрата (хотя данный пункт был исключен в DSM-5, Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра) или

¹ С самого начала главный водораздел проходил между униполярной депрессией и биполярным расстройством. Униполярная депрессия, которая является основным направлением лечебной работы, сфокусированной на руминативном мышлении, включает в себя только депрессивные состояния, возникающие при отсутствии мании или гипомании в настоящем либо прошлом. Лечение, описанное в данном руководстве, на сегодняшний день разработано и оценено лишь в контексте униполярной депрессии. Использование для пациентов с манией или гипоманией не рекомендуется.

прямые физиологические последствия соматического заболевания (например, гипотиреоза), лекарств и злоупотребление психоактивными веществами, нужно исключить до постановки диагноза большого депрессивного расстройства.

По бремени болезней в мире большое депрессивное расстройство сегодня стоит на втором месте и, безусловно, является главной причиной потери трудоспособности (ВОЗ, 2001 г.). По оценкам экспертов, к 2020 году оно будет занимать второе место по тяжести болезней среди всех расстройств (Murray & Lopez, 1996).

Имеются другие формы депрессивного расстройства, такие как дистимическое расстройство, диагностируемое, если симптомы сохраняются не менее двух лет, хотя могут быть кратковременные периоды нормального настроения продолжительностью не более 2 месяцев. Кроме того, для того чтобы был поставлен такой диагноз, должно отмечаться, что дистимическое расстройство вызывает значительный дистресс или нарушение важных функций человека. Диагноз легкого депрессивного расстройства устанавливается в случаях, когда симптомы присутствуют как минимум 2 недели, но их количество меньше 5, при наличии которых диагностируется большое депрессивное расстройство. Повторяющаяся кратковременная депрессия относится к эпизодам продолжительностью от 2 дней до 2 недель, появляющихся не реже 1 раза в месяц в течение года. В совокупности эти разные формы депрессии – наиболее частые проявления проблем психического здоровья: на них приходится 38 % всех амбулаторных диагнозов в США, причем каждый из них сопровождается дистрессом и потерей трудоспособности.

Основной пробел в лечении

Важно отметить, что, несмотря на высокую частоту и последствия всех форм депрессии, мы по-прежнему сталкиваемся с серьезным пробелом в лечении. Большинство людей, имеющих депрессию, не получают лечения. Около трети тех, кто получает лечение, не поддаются ему с помощью существующих подходов. А более половины тех, кто впервые переживает большой депрессивный эпизод, будут испытывать один или несколько рецидивов. Таким образом, хотя у нас есть эффективные методы лечения, такие как антидепрессанты и КПТ (Hollon et al., 2005; Nathan & Gorman, 2007), существуют еще более значительные возможности для улучшения ситуации. Ограничения используемых на сегодняшний день эффективных методов лечения имеют значительную долю частичного ответа или его отсутствия (более 40 %) и неутешительные показатели ремиссии (менее трети; Hollon et al., 2005; Nathan & Gorman, 2007). Более того, даже эффективные методы лечения имеют высокий уровень обострений и рецидивов (50–80 %), вследствие чего немногие пациенты действительно достигают устойчивого выздоровления (Bruce et al., 2005; Judd, 1997). Улучшение профилактики рецидивов было определено в качестве приоритета для исследования по лечению депрессии, потому что значительная часть людей с депрессией демонстрируют хронический или рекуррентный жизненный цикл. Нам нужно улучшить эффективность и устойчивость результатов наших методов лечения.

Например, после того как пациентов с большим депрессивным расстройством лечат рекомендованными дозами антидепрессантов, приблизительно 30 % испытывают частичное улучшение, то есть перестают соответствовать критериям большого депрессивного расстройства, но все еще имеют повышенные депрессивные симптомы, которые вызывают значительный дистресс и инвалидность (Cornwall & Scott, 1997; Paykel et al., 1995). Данный подтип депрессии характеризуется как резидуальная депрессия, а иногда и как трудно поддающаяся лечению или лекарственно-резистентная депрессия. Это хроническая и устойчивая форма депрессии. Необходимо рассматривать резидуальную депрессию как по причине ее частого повторения, так и потому, что резидуальные симптомы увеличивают вероятность возобновления и рецидива депрессии в будущем. Проспективные лонгитюдные исследования указывают на то, что

повышенные резидуальные симптомы – один из лучших показателей, позволяющих прогнозировать возобновление депрессии в будущем (Fava, 1999; Judd, 1997; Judd, Paulus, & Zeller, 1999; Paykel et al., 1995). Более того, лечение, которое снижает резидуальные симптомы, уменьшает риск рецидива (Fava, Zielezny, Savron, & Grandi, 1995). Хронический характер депрессии также связан со значительным дистрессом, высокими показателями коморбидности, выраженными функциональными нарушениями и увеличением использования медицинских услуг. Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) КПТ показывают, что терапия эффективна для снижения риска возобновления депрессии, если она эффективна при уменьшении острых симптомов, но менее эффективна в случае достижения ремиссии при хронической депрессии. Поиск методов лечения депрессии, которые лучше подходят и резидуальному лечению и резидуальной депрессии, и трудно поддающейся лечению хронической депрессии, а также применимых для достижения ремиссии и предотвращения рецидива, является насущной необходимостью².

Как сделать наши методы лечения эффективными и долговременными

Очевидно, что повышение результативности и устойчивости эффекта психологических интервенций требует лучшего уменьшения резидуальных симптомов депрессии. Существует много общих резидуальных симптомов, таких как раздражительность, тревога, потеря уверенности, инсомния, а также склонность беспокоиться и руминировать о трудностях. Один из потенциальных подходов к совершенствованию лечения состоит в том, чтобы определить и целенаправленно воздействовать на них.

Наряду с устранением основных резидуальных симптомов последние рекомендации по улучшению психологического лечения подчеркивают ценность ориентации на выявление психопатологических механизмов для повышения его эффективности (Barlow, 2004). Хотя КПТ депрессии эффективна и влияет на обработку депрессогенной информации (Hollon et al., 2005), она мало изменилась после публикации основополагающего руководства по лечению (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), несмотря на значительно более позднее исследование психопатологии. КПТ тревоги, напротив, изменилась в ответ на изучение психопатологии, что привело к новым и более эффективным интервенциям (например, работа Дэвида Кларка и Анке Элерс о паническом расстройстве, социальной тревоге и посттравматическом стрессовом расстройстве [ПТСР]). Таким образом, фокусирование на основных механизмах, как рекомендовано в недавней инициативе Национального института психического здоровья США (Sanislow et al., 2010) – Критериях области исследования (Research Domain Criteria), дает возможности для улучшения психологических интервенций в случае депрессии.

Лечение, представленное в этой книге, предполагается вести именно в данном направлении. В частности, оно акцентировано на механизме руминации. К счастью, такое фокусирование на руминативной мысли при депрессии позволяет убить двух зайцев одним выстрелом, поскольку оно нацелено как на резидуальные симптомы депрессии (Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998), так и на ключевой механизм, связанный с ее возникновением и поддержанием (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008; Watkins, 2008). Если быть точным в терминологии, руминация определяется как возобновляющееся и повторяющееся размышление о симптомах (например, усталость, плохое настроение), чувствах, пробле-

² Технически диагноз резидуальной депрессии у пациента операционализирован как переживающий эпизод большого депрессивного расстройства в последние 18 месяцев, хоть и не удовлетворяющий критериям большого депрессивного расстройства в последние два месяца, но имеющий депрессивные симптомы (оценка не менее 8–17-позиционной шкале Гамильтона для оценки депрессии [HRSD] и 9 – по шкале депрессии Бека [BDI]). Участники также должны были принимать антидепрессанты в течение по крайней мере предыдущих 8 недель, с 4 или более неделями при минимальной клинически рекомендованной суточной дозе (например, эквивалентной по крайней мере 125 мг амитриптилина).

мах, неприятных событиях и негативных аспектах личности, обычно с упором на их причины, значимость и последствия. В частности, Сюзан Нолен-Хоэксема определила руминацию как «пассивную и повторяющуюся фокусировку на симптомах дистресса и обстоятельствах, связанных с этими симптомами» (Nolen-Hoeksema, McBride, & Larson, 1997).

Руминация как основная терапевтическая мишень

Выбор руминации в качестве первичной терапевтической мишени имеет веские причины.

Во-первых, это часто встречающийся резидуальный симптом, сохраняющийся значительно выраженным как после частичной, так и после полной ремиссии (Riso et al., 2003; Roberts et al., 1998). Пациенты, находящиеся в депрессии сейчас или испытывавшие ее в прошлом, сообщают о повышенном уровне руминирования по сравнению с теми, кто никогда не был в депрессии (Roberts et al., 1998). Кроме того, повышенная руминация ассоциируется с меньшей чувствительностью как к антидепрессантам, так и к когнитивной терапии (Ciesla & Roberts, 2007; Schmaling, Dimidjian, Katon & Sullivan, 2002), предполагая, что это может способствовать частичной ремиссии.

Во-вторых, есть многочисленные и убедительные доказательства причастности руминации к возникновению и сохранению депрессии (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Watkins, 2008). Проспективные лонгитюдные исследования показали, что самоотчетная руминация, обычно оцениваемая по опроснику стиля реакции³ (RSQ; Nolen-Hoeksema, 1991; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003), предсказывает (1) будущее начало большого депрессивного эпизода в течение ряда последующих периодов у изначально не депрессивных людей (Just & Alloy, 1997; Nolen-Hoeksema, 2000), при этом Спасоевич и Аллой (Spasojević and Alloy, 2001) обнаружили, что руминация опосредует влияние других факторов риска на начало депрессии; (2) депрессивные симптомы в течение ряда периодов наблюдения у изначально не депрессивных людей после контроля за исходными симптомами (Abela, Brozina & Haigh, 2002; Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Hong, 2007; Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Parker & Larson, 1994; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007; Sakamoto, Kambara & Tanno, 2001; Smith, Alloy & Abramson, 2006); и (3) депрессивные симптомы у пациентов с клинической депрессией после контроля за исходной депрессией (Kuehner & Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; Rohan, Sigmon & Dorhofer, 2003).

Помимо этого, экспериментальные исследования предоставляют конвергентные данные о том, что руминация играет причинную роль в ряде неконструктивных результатов, связанных с депрессией, включая обострение плохого настроения и усиление негативного мышления. В этих исследованиях использовалась стандартизированная индукция руминации, в ходе которой участникам предписывается тратить 8 минут, концентрируясь на серии предложений, включающих руминацию о себе, своих текущих чувствах и физическом состоянии, а также о причинах и последствиях этих чувств (например, «Подумайте о том, как вы чувствуете себя») (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993). В качестве контрольного условия обычно используется индукция отвлечения, в ходе которой участников просят потратить 8 минут, концентрируясь на серии предложений с изображениями визуальных сцен, не имеющими отношения к ним или к их текущим переживаниям (например, «Подумайте об огне, который вьется вокруг полена в камине»).

Достоверно установлено, что по сравнению с индукцией отвлечения индукция руминации имеет негативные последствия для настроения и когнитивных способностей. Эти манипуляции дают принципиально разные результаты, только когда участники находятся в плохом

³ Response Style Questionnaire (RSQ). – Примеч. пер.

настроении еще до манипуляций, что указывает на посредническую роль имеющегося настроения. При таких условиях, в сравнении с отвлечением, руминация усугубляет плохое настроение (Lavender & Watkins, 2004; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Morrow & Nolen-Hoeksema, 1990; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Watkins & Teasdale, 2001); усиливает негативное мышление (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995); увеличивает негативные автобиографические воспоминания (Lyubomirsky, Caldwell & Nolen-Hoeksema, 1998); снижает специфичность автобиографических воспоминаний (Kao, Dritschel, & Astell, 2006; Park, Goodyer & Teasdale, 2004; Watkins & Teasdale, 2001; Williams et al., 2007); усиливает негативное видение будущего (Lavender & Watkins, 2004); ухудшает концентрацию и центральные исполнительные функции (Lyubomirsky, Kasri & Zehm, 2003; Watkins & Brown, 2002); ослабляет контролируемые воспоминания (Hertel, 1998); препятствует решению социальных проблем (Donaldson & Lam, 2004; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Lyubomirsky, Tucker, Caldwell & Berg, 1999).

Взятые все вместе, проспективные и экспериментальные исследования тесно связывают руминацию с возникновением и сохранением депрессии.

В-третьих, депрессивная руминация частично объясняет уровень депрессии у женщин 2:1 по сравнению с мужчинами: как только мы произведем статистические поправки с учетом большей степени предрасположенности женщин к руминированию, разницы между мужчинами и женщинами в показателях депрессии не существует (Butler & Nolen-Hoeksema, 1994; Grant et al., 2004; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999).

В-четвертых, клинический опыт показывает, что руминация является ключевым и часто игнорируемым компонентом феноменологии пациента при депрессии. Что касается пациентов, депрессивная руминация часто включает в себя заикленность на ранее понесенных убытках, анализ прежних ошибок и вынесение социально-оценочных суждений и сравнений. Такое мышление часто включает «почему»-вопросы, такие как: «Почему это случилось со мной?»; «Почему я так себя чувствую?»; «Что пошло не так?»; «Почему я не могу все исправить?». Депрессивная руминация часто характеризуется оценочным мышлением, при котором пациенты сравнивают себя с другими в негативном ключе («Почему у меня есть проблемы, которых нет у других людей?»), свое текущее и желаемое состояние («Почему я не могу поправиться?»), нынешнее и прежнее «Я» («Почему я не могу работать так же хорошо, как раньше?»). Они сообщают о руминации как о непреднамеренной, устойчивой, повторяющейся и той, которую сложно остановить. Руминация переживается как вызывающая дистресс, сопровождающаяся ощущением трудности управления ею. Создается ощущение вынужденного руминирования с качеством «необходимости делать это». Часто встречающиеся в отчетах пациентов последствия руминации – возросшая печаль, дистресс и тревога; снижение мотивации, инсомния и повышение утомляемости; прокрастинация, самокритика, пессимизм и безысходность.

Таким образом, логика данного подхода заключается в том, что успешное определение руминации в качестве мишени терапии будет как устранять резидуальный симптом депрессии, так и уменьшать важный механизм, способствующий ее началу и сохранению, тем самым улучшая результаты лечения.

Руминирование как трансдиагностический процесс

Отмечается еще одно потенциальное преимущество нацеливания на руминацию в рамках психологических методов лечения. Руминация определена как трансдиагностический или сквозной процесс, что подразумевает механизм, который (1) является общим для многих расстройств; (2) служит причиной возникновения, сохранения, возобновления многих расстройств или избавления от них (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004). Имеются свидетельства того, что руминация характерна для множественных эмоциональных расстройств, в частности депрессии, генерализованного тревожного расстройства (ГТР), социофобии,

посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) и расстройств пищевого поведения (обзоры см. в Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer [2010]; Ehring & Watkins [2008]; Nolen-Hoeksema & Watkins [2011]; Watkins [2008]), и вызывает как депрессию, так и тревожные расстройства.

Например, Алдао и соисследователи (Aldao et al., 2010), опираясь на данные 114 исследований, изучили взаимосвязи между стратегиями регуляции эмоций, включая руминацию и симптомы психопатологии при тревожности, депрессии и расстройствах, связанных с пищевым поведением и употреблением психоактивных веществ. Было обнаружено сильное воздействие руминации во всех психопатологиях. Более того, два крупномасштабных лонгитюдных исследования показали, что параллельные и проспективные ассоциативные связи между симптомами тревоги и депрессии объясняются руминацией (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011). В других исследованиях руминация проспективно предсказывала злоупотребление психоактивными веществами (Nolen-Hoeksema et al., 2007; Skitch & Abela, 2008), злоупотребление алкоголем (Caselli et al., 2010) и расстройства пищевого поведения (Holm-Denoma & Hankin, 2010; Nolen-Hoeksema et al., 2007) после проведения контроля за исходными симптомами. Nolen-Hoeksema et al. (2007) изучили связь между руминацией и симптомами депрессии, булимии и злоупотребления психоактивными веществами у 496 девушек-подростков, наблюдавшихся проспективно в динамике. Руминация предсказывала увеличение симптомов булимии и злоупотребления психоактивными веществами в будущем, а также начало большого депрессивного расстройства, переживания и злоупотребления психоактивными веществами. Эти свидетельства указывают на то, что руминация – сильный кандидат на рассмотрение в качестве трансдиагностического процесса, способствующего психопатологии.

В соответствии с принципами трансдиагностического подхода (Harvey et al., 2004) нацеливание на руминацию может, таким образом, иметь дополнительное преимущество в отношении коморбидных проявлений. В конечном итоге пациент, обращающийся за помощью при депрессии, в действительности чаще всего страдает от множественных расстройств, то есть двумя или более сопутствующими состояниями. Как правило, такие пациенты сталкиваются и с тревогой, и с депрессией. Наблюдается высокий уровень такой коморбидности. Двенадцатимесячные показатели коморбидной тревоги и/или депрессии оцениваются в 40–80 % (Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005).

На практике это значит, что основное решение, которое следует принять практикующим врачам, – относительно способа лечения коморбидности. Как терапевт, вы, несомненно, часто наблюдали пациентов с целым комплексом разных симптомов и проблем. Кроме того, одним из ваших первых и зачастую тяжелейших решений является определение того, какую проблему или расстройство стоит выбрать в качестве первоочередной мишени. Если у пациента присутствует и социальная тревога, и депрессия, нужно ли сфокусироваться сначала на лечении социальной тревоги или на депрессии? Сегодня мы не располагаем хорошим эмпирическим руководством для этой крайне распространенной ситуации. Большинство наших моделей терапии, например когнитивно-поведенческие методы лечения, фокусируются на отдельных диагнозах, свидетельствующих о худших результатах для пациентов с коморбидностью.

Использование трансдиагностически сфокусированного лечения, которое способствует снижению множественных эмоциональных расстройств одновременно, может быть способом решения проблемы коморбидности. Один из подходов заключается в создании комплекса лечения, которое имеет ряд терапевтических компонентов, объединенных вместе, с целью устранить множественные расстройства. Лучшим примером данного подхода является Унифицируемый протокол для трансдиагностического лечения эмоциональных расстройств, разработанный Дэвидом Барлоу и соисследователями (Barlow, Allen & Choate, 2004; Wilamowska et al., 2010). Этот подход включает в себя все общие элементы различных методов КПТ тревоги и депрессии, соединяя их в единый комплекс. Например, такое лечение предполагает снижение

избегания с воздействием внешних раздражителей, вызывающих опасения и interoцепции, увеличение поведенческой активации (ПА) и оспаривание мыслей. Предварительные данные указывают на то, что данный подход может принести пользу (Wilamowska et al., 2010). Аналогичным образом комплексы трансдиагностического лечения расстройств пищевого поведения были успешно разработаны Кристофером Фэрберном и соисследователями (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003).

Альтернативный подход к трансдиагностическому лечению, предложенный Гарвеем и соисследователями (Harvey et al., 2004), а также Мэнселлом, Харви, Уоткинсом и Шафраном (2008), заключается в выявлении трансдиагностических механизмов, влияющих на множественные расстройства, а затем их определении в качестве мишени. Утверждалось, что трансдиагностический подход к лечению может дать эффективные средства для решения проблемы коморбидности. Мэнселл и др. (2008) предложили несколько потенциальных преимуществ лечения, сфокусированного на выявленных трансдиагностических процессах. Во-первых, оно потенциально позволяет нам сопоставлять интервенции со специфическими уязвимостями и процессами, релевантными для конкретного человека. Например, если была произведена оценка его состояния и установлено, что он сильно подвержен руминированию, было бы разумно выбрать элементы лечения, которые снижают руминирование. Во-вторых, оно непосредственно нацелено на фундаментальные активные механизмы, а не на кластеры симптомов, что, как предполагается, само по себе повышает эффективность лечения (Barlow, 2004; Sanislow et al., 2010). В-третьих, оно дает возможность гибко подходить к лечению, которое может применяться при различных проявлениях, включая коморбидность. Действительно, такое трансдиагностическое лечение обладает потенциалом для более мощных интервенций, которые лучше решают проблему коморбидности, чем лечение, основанное на постановке диагноза или расстройствах (Mansell et al., 2008).

Поскольку установлено, что руминация играет причинную роль в возникновении как тревоги, так и депрессии, есть веский повод выбрать ее в качестве фокуса трансдиагностического вмешательства (Torper, Emmelkamp, & Ehring, 2010). Успешное снижение руминации должно уменьшить и тревогу, и депрессию. Лечение, описанное в этой книге, – одна из первых попыток разработать и оценить трансдиагностические интервенции. Важно отметить, что до настоящего времени данная терапия оценивалась в РКИ только для лечения острого эпизода или предотвращения рецидива депрессии. Тем не менее теоретическое и трансдиагностическое обоснование интервенции в отношении руминации указывает на то, что оно должно предусматривать терапевтический модуль, который следует использовать для включения в психологические интервенции при других расстройствах, таких как повторяющиеся негативные мысли, в том числе ГТР, ПТСР и социальная тревога.

Резюме сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии депрессии

Прежде чем подробно рассмотреть принципы, обоснование и методы сфокусированной на руминации когнитивно-поведенческой терапии (СРКПТ), я кратко опишу ее компоненты и приведу сравнение с существующими психологическими методами лечения депрессии. СРКПТ представляет собой специально подготовленную КПТ, обычно состоящую из 12 отдельных сеансов, проводимых еженедельно или один раз в две недели.

Теоретически терапия основана на экспериментальном исследовании, показывающем наличие различных конструктивных и неконструктивных форм руминации (Watkins, 2008). Оно свидетельствует о том, что существуют разные стили руминации, с разными функциональными свойствами и последствиями: полезный, характеризующийся конкретным, ориентированным на процесс мышлением, и бесполезный, маладаптивный, характеризующийся

абстрактным, оценочным мышлением (Treyner et al., 2003; Watkins, 2004a; Watkins & Baracaia, 2002; Watkins & Moulds, 2005; Watkins & Teasdale, 2001, 2004). Основываясь на этих результатах, следует сказать, что терапия предназначена обучать людей переходу от неконструктивной руминации к конструктивной, используя функциональный анализ (ФА), эмпирические и визуальные упражнения, а также поведенческие эксперименты. ФА – подход, направленный на определение функций и контекстов, при которых происходит желаемое и нежелательное поведение и, таким образом, – поиск способов систематического увеличения или снижения поведения, являющийся мишенью анализа. ФА сфокусирован на изучении изменчивости и контекста поведения в рамках личного опыта человека, а также на его использовании для управления интервенциями.

Названные адаптации отличают СРКПТ от стандартной КПТ депрессии (Beck et al., 1979), которая фокусируется на корректировке содержания отдельных мыслей, делая акцент на непосредственном изменении процесса мышления. Несмотря на то что СРКПТ все же основана на основных принципах и методах КПТ депрессии (Beck et al., 1979), например, таких, как совместный эмпиризм, сократовский диспут, поведенческие эксперименты, она включает в себя несколько новых дополнительных элементов.

Во-первых, она сочетает функционально-аналитический и контекстуальный подходы, разработанные в методе поведенческой активации (ПА) в результате компонентного анализа КПТ (Addis & Martell, 2004; Jacobson et al., 1996; Jacobson, Martell & Dimidjian, 2001; Martell, Addis & Jacobson, 2001). Данный подход основан на представлении о том, что руминация – усвоенное привычное поведение, которое развилось через негативное подкрепление. СРКПТ включает в себя функционально-аналитические и контекстуальные принципы и техники ПА (Martell, 2003), но непосредственно и исключительно сфокусирована на руминации. В пределах ПА СРКПТ руминация концептуализирована как форма избегания, и ФА используется для формирования более адаптивного поведения.

Во-вторых, СРКПТ использует оспаривание мысли в гораздо меньшей степени, чем стандартная КПТ. Сократовский диспут в СРКПТ, как правило, фокусируется не на доказательствах и точности мышления или на создании альтернативных интерпретаций, а скорее на функциях, целях и полезности мыслей и поведения. Основное внимание уделяется закономерности и последовательности мыслей, а не смыслу отдельных мыслей. Подобный сдвиг в фокусировке обладает таким преимуществом, что позволяет избежать риска разногласий и споров с пациентами о значении и интерпретации мыслей, событий, ситуаций.

В-третьих, ключевым инновационным элементом в рамках СРКПТ является фокусировка на переходе стиля обработки информации в мышлении пациента от неконструктивных форм мышления к более конструктивным, формам мышления с использованием ФА, воображения и экспериментальных подходов. СРКПТ применяет ФА, желая помочь людям понять, что их руминации о негативном персональном опыте могут быть полезными или бесполезными, а также обучить их тому, как перейти к более адаптивному стилю мышления. Кроме того, пациенты используют направленные образы для воссоздания предыдущих психических состояний, когда был задействован более адаптивный стиль мышления, например воспоминания о полном поглощении деятельностью (например, «поточковый» или «пиковый» опыт). Переход к таким состояниям идет вразрез с руминацией.

Эмпирическое доказательство

СРКПТ рассматривалась в трех клинических исследованиях: серии индивидуальных СРКПТ для пациентов с резидуальной депрессией (Watkins et al., 2007); РКИ индивидуальной СРКПТ для пациентов с резидуальной депрессией (Watkins et al., 2011, финансируется Национальным альянсом по исследованиям шизофрении и депрессии [NARSAD]) и РКИ группы

СРКПТ и СРКПТ на основе интернета для снижения и предотвращения депрессии в группе молодых людей с высоким риском, отобранных из-за наличия у них повышенного уровня беспокойства и руминации (Topper, Emmelkamp, Watkins & Ehring, 2014). Кроме того, проводились исследования обучения конкретности, которая является составным элементом комплекса лечения СРКПТ (Watkins et al., 2012; Watkins Baeyens & Read, 2009, финансируется Советом по медицинским исследованиям Великобритании). Во всех названных клинических исследованиях оценки результатов лечения были положительными, указывая на то, что СРКПТ и его компоненты эффективны для уменьшения руминации и депрессии. В данном разделе резюмируется каждое из упомянутых исследований.

Серия индивидуальных очных СРКПТ для резидуальной депрессии

В серии случаев было рассмотрено 12 еженедельных 60-минутных сеансов СРКПТ для 14 последовательно набранных пациентов, удовлетворяющих критериям резидуального депрессивного расстройства, резистентного к терапии (Watkins et al., 2007). Лечение привело к значительным улучшениям депрессивных симптомов и коморбидных расстройств: среднее снижение – на 20 пунктов по шкале депрессии Бека; величина эффекта для отдельного субъекта до лечения и после (*d* Коэна) – 2,5; 50 % пациентов, достигших полной ремиссии от депрессии, и снижение на 71 % в диагнозах коморбидных оси I. Важно отметить, что СРКПТ значительно уменьшила самоотчетную руминацию, с уровнем руминации до лечения, эквивалентным тому, который был обнаружен у пациентов с депрессией в настоящее время, но диапазон баллов после лечения эквивалентен уровню руминации, наблюдаемому у участников, никогда не страдавших депрессией. Данное исследование предоставляет первоначальные доказательства того, что СРКПТ может стать эффективным средством для лечения депрессивных руминаций и что она может бороться как с депрессией, так и с коморбидными расстройствами.

Фаза II РКИ индивидуальной очной СРКПТ для резидуальной депрессии

Исследование (Watkins et al., 2011) одобрено Национальной службой здравоохранения Южного Лондона и Комитетом по этике исследований Модсли и проведено в группах психиатрической помощи и службах психологического лечения в Юго-Восточном Лондоне и Девоне (Великобритания). Пациенты, которые принимали участие в исследовании, были направлены в амбулаторные службы в связи с депрессией и/или находились в листе ожидания психологической терапии. Кроме того, они соответствовали критериям включения и дали письменное информированное согласие на участие, были случайным образом распределены на лечение обычной (TAU) или TAU плюс СРКПТ. TAU состояла из назначения антидепрессантов и амбулаторного лечения. Рандомизация была выполнена сторонним исследователем с использованием сгенерированных компьютером случайных чисел и стратифицирована в соответствии с полом и продолжительностью индексного эпизода большого депрессивного расстройства. Оценку участников производил исследовательский персонал, находившийся в неведении относительно назначенного лечения в ходе базового оценивания при поступлении и повторного через шесть месяцев.

В исследование записывали пациентов старше 18 лет, соответствовавших критериям резидуальной депрессии, резистентной к терапии, определяемым как удовлетворяющие диагностическим критериям для большого депрессивного расстройства в течение последних 18 месяцев, но не в течение последних двух месяцев, и с повышенными резидуальными симптомами депрессии, и принимающих антидепрессанты в рекомендуемой терапевтической дозе. Пациенты исключались из исследования, если у них в анамнезе имелось биполярное расстройство, психоз, текущая наркотическая или алкогольная зависимость, умственная отсталость или органическое повреждение мозга, либо если они проходили психотерапию на момент начала эксперимента. И никаких критериев исключения в отношении сопутствующих тревожных рас-

стройств или диагнозов синдрома по оси II. В итоге 42 пациента были рандомизированы в исследовании и проконтролированы.

Добавление СРКПТ к ТАУ значительно уменьшило резидуальные симптомы и улучшило показатели ремиссии по сравнению только с одним ТАУ, со средней разницей в изменении симптомов от показателей до лечения и после, равной 7,57 между лечениями по шкале депрессии Бека (95 %; доверительный интервал = 1,86–19,08). Размер эффекта между лечениями (стандартизированное среднее значение) был $d = 1,11$, что является хорошим показателем для психологического лечения. Кроме того, наблюдался значительный эффект состояния лечения на частоту реакции на лечение (ТАУ = 26 % против СРКПТ = 81 %), частоту ремиссии (ТАУ = 21 % против СРКПТ = 62 %) и частоту рецидива между базовыми оценками и оценками после интервенции (ТАУ = 53 % против СРКПТ = 9,5 %). Таким образом, СРКПТ оказалась значительно эффективнее с применением только поддерживающих антидепрессантов.

Результаты, полученные после 12 сеансов СРКПТ (ремиссия – 62 %; величина эффекта между лечениями – 0,94–1,1) у пациентов с резидуальными депрессивными симптомами, по сравнению с 20 сеансами стандартной КПТ для депрессии (Paykel et al., 1999); (ремиссия – 25 %; величина эффекта между лечениями – 0,3) в идентично определенной выборке участников с резидуальной депрессией.

Кроме того, мы обнаружили, что добавление психологической интервенции выгодно дополняет фармакотерапию, в отличие от других недавних исследований (например, Kocsis et al., 2009). Хотя следует с осторожностью сравнивать исследования разной движущей силы, результаты нашего условия ТАУ в значительной мере совпадают с результатами для ветви ТАУ в исследовании Пейкела и соисследователей (Paykel et al., 1999). В отсутствие окончательного крупномасштабного РКИ СРКПТ с большей выборкой и более длительным наблюдением эти результаты повышают вероятность того, что изменения КПТ в СРКПТ могут привести к лучшим результатам лечения при резидуальной депрессии.

Количество коморбидных диагнозов оси II в конце исследования, зависящих от начальных показателей, было значительно меньше в группе СРКПТ, чем в группе ТАУ (ТАУ: $M = 0,67$, $SD = 0,97$; СРКПТ: $M = 0,24$, $SD = 0,44$). Аналогичная, но незначительная тенденция наблюдалась для меньшего количества коморбидных расстройств оси I в группе СРКПТ, чем в группе ТАУ при наблюдении (ТАУ: $M = 1,05$, $SD = 0,97$; СРКПТ: $M = 0,62$, $SD = 0,86$, $p = .068$). Таким образом, в соответствии с трансдиагностической гипотезой, предоставлены некоторые доказательства того, что определение руминации в качестве мишени уменьшает и депрессию, и другие коморбидные расстройства.

Кроме того, СРКПТ значительно снизила самоотчетную руминацию по сравнению с ТАУ, и эффекты лечения, направленные на депрессию, были опосредованы изменением в руминации, хотя измерения проводились только одновременно. Это свидетельствует о том, что лечение уменьшило руминирование, как и предполагалось. К тому же установлено, что оно значительно снижает беспокойство. Данный параметр оценивался с использованием Опросника беспокойства Пенсильванского университета (PSWQ).

Обучение конкретности

В соответствии с причинно-следственной связью между режимом обработки и индивидуальными отличиями в руминации, в качестве доказательства данного принципа проведено рандомизированное контролируемое исследование, которое показало, что обучение людей с депрессией большей конкретике при столкновении с трудностями снижает депрессию, тревогу и руминацию – по сравнению с контролем без лечения (Watkins et al., 2009). Обучение конкретности включало в себя повторяющуюся практику «как»-вопросов и фокусирование на конкретных деталях при размышлении о недавних трудностях. В фазе II РКИ было установлено, что такое обучение превосходит ТАУ в снижении руминации, беспокойства и депрессии

у пациентов с большим депрессивным расстройством, набранных в первичной медицинской помощи (Watkins et al., 2012). Поэтому перевод пациентов с депрессией в более конкретный режим обработки уменьшил руминацию и связанные с ней симптомы.

РКИ групповой СРКПТ и СРКПТ через интернет для определения руминации в качестве мишени и предотвращения депрессии и тревоги

В этом недавно завершеном исследовании лечения (Torper, Emmelkamp, Watkins & Ehring, 2016) рассматриваются две адаптации СРКПТ (групповой формат и интернет-формат; см. подробно в главе 13) как интервенция для предотвращения депрессии и тревоги. Из-за обширных доказательств того, что руминация прогнозирует возникновение и сохранение депрессии, люди с повышенной склонностью к руминации подвергаются большему риску развития депрессии. Исходя из этого определение сильных руминаторов в качестве мишени является убедительной стратегией для предотвращения возникновения депрессии. Поскольку руминация увеличивает вероятность развития депрессии, легко идентифицируется и представляет собой психологический процесс, поддающийся управлению (Torper et al., 2010), Торпер и др. (2010) недавно привели убедительные доводы в пользу лечения, которое направлено непосредственно на руминацию как потенциальный подход к предотвращению возникновения депрессии. Кроме того, благодаря доказательствам того, что руминация является трансдиагностическим процессом, ее определение в качестве мишени также способно помочь предотвратить тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения и злоупотребление психоактивными веществами, а также алкоголем.

Рандомизированное исследование, сравнивающее групповые и интернет-версии СРКПТ, показало, что обе адаптации СРКПТ были эффективными по сравнению с контрольными группами для снижения депрессии, тревоги, беспокойства и руминации у молодых людей, отобранных в связи с их предрасположенностью к беспокойству и руминации, в проекте профилактического вмешательства высокого риска, проведенном в Амстердаме ($n = 251$, команда проекта: профессор Томас Эринг, профессор Пол Эммелькамп, доктор Морис Торпер, профессор Эд Уоткинс; при поддержке ZonMW, финансирование главного исследователя, профессора Томаса Эринга; см. Torper et al., 2016). Для этого исследования была произведена выборка как мужчин, так и женщин в возрасте 15–21 года с повышенными показателями беспокойства и руминации, но без текущего эпизода большого депрессивного или тревожного расстройства. Их рандомизировали в интернет-версию СРКПТ и групповую СРКПТ или контрольную группу листа ожидания, а далее за ними наблюдали в течение 12 месяцев. Анализ назначенного лечения показал, что обе версии интервенции СРКПТ значительно снизили беспокойство и руминацию (контрольная величина эффекта d Коэна = 0,53–0,89), а также уровень симптомов тревоги и депрессии (d Коэна = 0,36–0,72) при постинтервенции, по сравнению с контрольной группой листа ожидания. При этом эффект сохранялся на протяжении одного года наблюдений. Ни по одному из полученных результатов не выделялись различия между групповой и онлайн-версиями СРКПТ. Интервенции также привели к значительно более низкому 1-летнему уровню заболеваемости большим депрессивным расстройством (групповая интервенция – 15,3 %, интернет-интервенция – 14,7 %) и ГТР (групповая интервенция – 18 %; интернет-интервенция – 16 %) по сравнению с листом ожидания (32,4 и 42,2 % соответственно). Однако эти результаты основаны на ситуационных отрывках из хорошо зарекомендовавших себя показателей самоотчетов, а не на структурированных диагностических интервью. Для подтверждения результатов по предотвращению депрессии необходима дальнейшая репликация с использованием диагностических интервью. Тем не менее приведенные результаты служат доказательством принципа, согласно которому руминация увеличивает риск возникновения большого депрессивного расстройства и ГТР, с учетом показателей заболеваемости в группе людей без лечения с повышенным уровнем беспокойства/руминации

относительно населения в целом. Результаты также подтверждают, что СРКПТ может быть эффективной интервенцией для уменьшения беспокойства и руминации и что она способна эффективно применяться как в групповом, так и в интернет-форматах. Более того, полученные данные согласуются с трансдиагностической гипотезой руминации, поскольку ее выбор в качестве мишени снижает и депрессию, и тревожность.

Серия случаев индивидуального очного СРКПТ для ПТСР

Версия СРКПТ использовалась и для борьбы с хроническим ПТСР среди молодых людей, переживших геноцид 1994 года в Руанде (Sezibera, Van Broeck & Philippot, 2009). Обоснование использования СРКПТ в данной популяции заключается в том, что руминация была определена как основной фактор сохранения ПТСР (Michael, Halligan, Clark & Ehlers, 2007), в соответствии с ее предполагаемой трансдиагностической ролью. В этом исследовании все участники были сиротами в результате геноцида в Руанде в 1994 году и соответствовали критериям ПТСР, оцененным по шкалам самооценки через 11 лет после геноцида и снова через 13 лет после геноцида, что указывает на то, что ПТСР носило хронический характер. Лечение прошли 22 человека в возрасте 15–18 лет (54,5 % женщины). Оно включало в себя элементы из СРКПТ, такие как психообразование и ФА руминации, а также словесное воздействие на травмирующие воспоминания. Лечение продолжалось 10 еженедельных сеансов с максимальной длительностью два часа. Интервенция сопутствовала снижению симптомов ПТСР, при этом успешные результаты сохранялись в течение двух месяцев наблюдения. Несмотря на то что это неконтролируемое исследование, которое следует интерпретировать с осторожностью, получены дополнительные доказательства того, что определение руминации в качестве мишени может иметь трансдиагностическую пользу.

Групповая СРКПТ для резидуальной депрессии

Еще одно независимое исследование (Teismann et al., 2014) подтвердило, что групповая СРКПТ улучшила депрессивное настроение и уменьшила руминацию относительно состояния находящихся в листе ожидания пациентов с резидуальной депрессией. При этом хорошие результаты в лечении сохранялись в течение одного года наблюдений. В рамках данного РКИ 60 пациентов с резидуальной депрессией участвовали в групповом лечении СРКПТ, включавшем в себя элементы как СРКПТ, так и метакогнитивной терапии, – в сравнении с пациентами из группы контроля, находившимися в списке ожидания терапии. Групповая СРКПТ превзошла группу из листа ожидания (показатели ремиссии – 42 % против 10,3 %), при этом эффект сохранялся в течение одного года. Данное исследование независимой исследовательской группы дает важное подтверждение потенциальных преимуществ СРКПТ.

Сравнение СРКПТ с другими методами лечения

КПТ депрессии

Несмотря на растущее число доказательств того, что руминация является важным механизмом при депрессии, оригинальная КПТ депрессии (Beck et al., 1979) не была сфокусирована непосредственно на подробном изложении метода лечения руминации. В основополагающей книге 1979 года *«Когнитивная терапия депрессии»* руминации упоминаются вскользь, но конкретных разработок, как с ней бороться, нет. Видимо, исходя из предположения о том, что многократного оспаривания негативных мыслей было бы достаточно.

Клинический опыт, накопленный моими коллегами и мной в нашей клинике в ходе лечения пациентов с хронической депрессией при выраженной склонности к руминативному мышлению за последние 20 лет, позволил сделать вывод о том, что классический подход КПТ

депрессии (Beck et al., 1979) иногда может быть эффективным, но он имеет ряд ограничений и трудностей.

Во-первых, фокусирование на процессе изменения мыслей не является эффективным при работе с сильным и привычным потоком негативных мыслей, характерных для депрессивной руминации. Попытка остановить одну мысль не препятствует всему потоку руминации, потому что за первой негативной мыслью просто следует другая – из общей цепочки, часто в виде мысли «Да, но...».

Клинический опыт использования классического подхода КПТ с пациентами, которые руминируют, может напоминать попытку остановить водопад, поймав одну каплю воды зараз. Трудность изменения руминации полностью согласуется с ее концепциями как привычного ответа (Nolen-Hoeksema, 1991). Ведь привычки, как утверждается, трудно изменить, меняя убеждения. Наш опыт показал, что диспутирование мысли может быть полезным при руминации, но только в двух конкретных обстоятельствах: когда пациент улавливает начало цепочки руминативных мыслей и пресекает ее в зародыше. И в качестве альтернативы, если пациенты осознанно практиковали диспутирование мыслей, так что оно само по себе стало привычкой и могло вытеснить привычку к руминативному мышлению.

Во-вторых, диспутирование мысли как таковое может стать еще одним триггером для руминации. Например, как только вы успешно продиспутировали доказательство отрицательной автоматической мысли у пациента с депрессией, он может затем остановиться на мысли «Почему я не мог сделать это раньше?», или: «Почему я такой глупый?». Тогда цикл повторяющегося мышления прекращается – и возобновляется снова.

Мы предположили, что для эффективного лечения руминации пациентам может быть лучше отстраниться от самого мыслительного процесса, а не от какой-либо отдельной мысли.

В-третьих, с пациентами, имеющими выраженную склонность к руминативному мышлению, любая форма обсуждения и спора может перейти в *обсуждение того, что* произошло и что это может означать для пациента. Когда так происходит, легко попасть в ловушку руминирования вместе с пациентом, где последовательности негативного мышления неоднократно и подробно обсуждаются без каких-либо терапевтических изменений. Пациенты, которые руминируют, тоже испытывают сильную потребность размышлять и разговаривать о причинах, смыслах и последствиях их симптомов и трудностей. Подобные размышления и разговоры могут с легкостью стать фокусом терапевтической сессии, когда каждую неделю пациент еженедельно вспоминает о новых трудностях, которые можно обсудить. Одним из показателей такого «коруминирования» является осознание того, что значительная часть терапевтической сессии прошла без какого-либо ощущения прогресса. Таким был и мой собственный опыт лечения нескольких первых пациентов с выраженной склонностью к руминации. У нас часто проходили интересные и увлекательные обсуждения серьезных проблем из жизни пациента и того, что они могут значить, но терапевтический прогресс был очень скромным, и симптомы не улучшились.

Результаты исследования показывают, что стандартные интервенции КПТ менее эффективны при лечении депрессии у пациентов с повышенной склонностью к руминированию – по сравнению с пациентами, имеющими незначительный уровень руминирования (Ciesla & Roberts, 2002; Schmalting et al., 2002). Кроме того, на сегодняшний день нет никаких доказательств РКИ, что стандартная КПТ способна уменьшить руминации⁴.

СРКПТ использует стандартные подходы, организацию и компоненты КПТ, такие как структурированный формат; фокусировка на том, что происходит здесь и сейчас; совместный эмпирицизм, определение повестки дня, использование обратной связи и резюме, домашние

⁴ Конечно, нам нужно быть осторожными в интерпретации текущих исследований, потому что до недавнего времени руминация не являлась мерой измерения результата в большинстве испытаний методов лечения.

задания, метод направляемых открытий и поведенческие эксперименты. Однако, как говорилось выше, имеют место поправки и отклонения от стандартного протокола КПТ.

Поведенческая активация

Появляются интервенции, которые определяют в качестве своей мишени непосредственно руминацию – в отличие от классической КПТ, хотя прямых доказательств их эффективности в снижении руминации все еще нет. Первоначально поведенческая активация (ПА) была одним из компонентов полного курса КПТ-интервенций, состоящего из мониторинга активности и планирования активности. Исследование, сравнивающее различные компоненты КПТ, показало, что ПА в отдельности была так же эффективна для снижения симптомов, как ПА плюс диспутирование мыслей и как полный протокол КПТ (Gortner, Gollan, Dobson & Jacobson, 1998; Jacobson et al., 1996). В результате ПА преобразовали в самостоятельное лечение, с акцентом на понимание функции и контекста, в котором возникает депрессия, и определяющее избегающее поведение при депрессии в качестве мишени (Martell et al., 2001).

Крупномасштабное РКИ показало, что ПА – эффективная интервенция при депрессии, приводящая к таким же хорошим результатам, как фармакотерапия, и даже лучше, чем КПТ при тяжелой депрессии (Dimidjian et al., 2006). Однако до настоящего времени ее влияние на руминацию формально не оценивалось.

Как отмечалось ранее, СРКПТ, описанная в этой книге, имеет ряд общих черт с ПА, а также несколько ключевых отличий. Оба направления включают в себя функционально-аналитический и контекстуальный подходы к поведению. Развитие СРКПТ основывалось на достижениях в ПА и диалоге с ее ведущими сторонниками, такими как Кристофер Мартелл. И в ПА, и в СРКПТ руминация концептуализирована как форма избегания, а ФА используется с целью содействовать уменьшению этого избегания и заменять его более полезным поведенческим подходом. Подобно ПА, СРКПТ рассматривает руминацию как поведение, даже если скрытое, которое можно понять контекстно и функционально. Тем не менее в СРКПТ подходы к руминации более детально разработаны, нежели в ПА. Кроме того, дополнительным элементом, не разделяемым ни с ПА, ни со стандартной КПТ и полученным в результате моих исследований, является четкая фокусировка на изменение стиля мышления во время руминации. Эмпирические упражнения в СРКПТ, предназначенные для изменения стиля мышления (например, обучение конкретности, работа по поглощению и развитию сострадания), не встречаются в ПА, хотя и соответствуют ее функционально-контекстуальным принципам.

Основанная на майндфулнес когнитивная терапия

Еще одна недавно разработанная методика лечения, направленная на снижение руминации, – основанная на майндфулнес когнитивная терапия (ОМКТ). ОМКТ включает в КПТ элементы программы по снижению стресса на основе осознанности (Kabat-Zinn, 1990), ее цель – лечение возобновления депрессии при рецидивирующей депрессии (Teasdale, Segal & Williams, 1995). ОМКТ проводится в виде еженедельных групповых занятий, в ходе которых участники практикуют и развивают моментальное осознание в текущем моменте ощущений, мыслей и чувств с помощью формальных и неформальных медитативных упражнений, таких как наблюдение за дыханием и сканирование тела. Теоретическое обоснование ОМКТ заключается в следующем: оценочное руминативное мышление уменьшается благодаря тому, что пациентов учат отстраняться и наблюдать за своими мыслями и чувствами как ментальными событиями, а также соединяться с непосредственным опытом в настоящем.

В двух РКИ для пациентов с тремя или более эпизодами большого депрессивного расстройства в анамнезе, но в настоящее время без симптомов, ОМКТ значительно снизила риск рецидива и возобновления депрессии в течение одного года – по сравнению с обычным лечением (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000). Кайкен и соисследователи (Kuyken et al.,

2008) продемонстрировали, что ОМКТ имеет показатели рецидивов за годовой период наблюдения, аналогичные непрерывному лечению антидепрессантами у пациентов с рекуррентной депрессией.

В соответствии с предлагаемым теоретическим обоснованием установлено, что подходы, основанные на майндфулнес, уменьшают руминацию, хотя не все исследования рандомизированы по требованиям лечения или задействовали клинические группы. В экспериментальном аналоговом исследовании Feldman, Greeson и Senville (2010) сравнили осознанное дыхание, прогрессирующую мышечную релаксацию и медитацию любящей доброты о негативных реакциях на повторяющиеся мысли у студентов и обнаружили, что связь между частотой повторяющихся мыслей и степенью негативной реакции на них была значительно меньше в состоянии осознанного дыхания – по сравнению с двумя другими, – предполагая, что майндфулнес уменьшает влияние руминации. Два исследования, описывающие изменение руминации до и после в майндфулнес-подходе, по сравнению с сравнительной группой из листа ожидания (медитация майндфулнес, Chambers, Lo & Allen, 2008; снижение стресса на основе майндфулнес [MBSR], Ramel, Goldin, Carmona & McQuaid, 2004), продемонстрировали снижение руминации в контрольной группе, хотя ни одно из названных исследований не рандомизировано по состоянию здоровья. Рандомизированное исследование майндфулнес по сравнению с релаксацией в неклинической выборке подтвердило снижение руминации (Jain et al., 2007). В РКИ (Geschwind, Peeters, Drukker, van Os & Wichers, 2011) обнаружили, что ОМКТ уменьшила самоотчетную руминацию до и после интервенции относительно контрольной группы из списка ожидания – у пациентов с большим депрессивным расстройством в анамнезе и текущими резидуальными симптомами. Тем не менее Кайкену и соисследователям (Kuiken et al.; 2008, 2010) не удалось обнаружить, что ОМКТ уменьшает руминацию в большей степени, чем продолжительный прием антидепрессантов у пациентов с рекуррентной депрессией в анамнезе.

СРКПТ отличается от ОМКТ предлагаемой целевой популяцией, а также содержанием и стилем лечения. На сегодняшний день было доказано, что ОМКТ эффективна в предотвращении рецидива у людей, которые в настоящее время не находятся в депрессии, но с рекуррентной депрессией (три или более эпизода) в анамнезе. Неизвестно, представляет ли ОМКТ ценность для пациентов в остром эпизоде депрессии, когда руминация является наиболее нетерпимой. Может случиться, что трудно или контрпродуктивно пытаться медитировать при остром депрессивном настроении и сильной руминации. Будущие исследования должны будут определить, эффективна ли ОМКТ для пациентов с острыми симптомами депрессии.

Напротив, СРКПТ предназначена для использования с пациентами, испытывающими острые симптомы депрессии и руминации, будь то при большом депрессивном эпизоде или с резидуальными симптомами. Действительно, еще одно преимущество выбора руминации в качестве мишени заключается в том, что она, как отмечается, представляет собой значительный фактор риска до начала депрессии, во время большого депрессивного эпизода, в частичной ремиссии и в полной ремиссии от депрессии. Таким образом, повышенная руминация обнаруживается во всех состояниях на протяжении депрессии. Как следствие, определение руминации в качестве мишени обладает потенциалом для первичной превентивной меры, лечения острого эпизода, а также предотвращения рецидивов и возобновлений, повышая эффективность лечения (см. главу 13).

СРКПТ – гораздо более направленная интервенция, чем ОМКТ. Она обеспечивает бóльшую ясность о том, чего пытаются достичь и как старается обучить пациентов более полезным способам лечения с помощью активно применяемой практики упражнений. ОМКТ же оказывает скорее опосредованное влияние и предполагает более постепенное обучение пациентов через их собственный опыт во время медитации.

Глава 2. Понимание руминации

В этой главе описаны теоретические и экспериментальные предпосылки, лежащие в основе разработки СРКПТ. Понимание теоретического обоснования методов лечения улучшает как овладение терапией, так и ее применение. Данная глава представляет особый интерес для исследователей и ученых-практиков, которые хотят больше узнать о причинах разработки терапии. Она поделена на разделы, где рассмотрены ключевые теоретические понятия, касающиеся механизмов, лежащих в основе депрессивной руминации.

Руминация – нормальный процесс, движимый неурегулированными целями

Важно признать, что руминация – часто встречающаяся, нормальная, а иногда и полезная реакция, возникающая не только у людей с психологическими отклонениями. У всех нас был опыт руминирования из-за личных потерь, например тяжелых утрат или расставаний, в попытке понять, почему это произошло с нами. Однако у большинства людей такая руминация длится относительно недолго.

В качестве краткого мысленного эксперимента поразмышляйте о своем собственном опыте в приведенных ниже ситуациях. Потратьте несколько минут на обдумывание каждой из них по очереди:

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.