

# Типичные Ошибки в Проведении Терапевтической Экспозиции

*Почему и когда экспозиция не работает или  
работает неудовлетворительно*

Ильин Максим,  
психолог, специалист в  
доказательной медицине  
для



АССОЦИАЦИЯ  
КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНЫХ  
ТЕРАПЕВТОВ

# Экспозиция с Предотвращением Реакций/Ритуалов



- ◆ Лучшее немедикаментозное лечение для большинства тревожных расстройств различной этиологии (частота значимых улучшений ~70-90%)
- ◆ Помимо относительного превосходства в эффективности — по последним анализам также является **абсолютно самым изученным и проверенным вмешательством в истории психотерапии**
- ◆ ЭПР может результативно и вполне безопасно применяться и в **сложных случаях**: коморбидные расстройства настроения, зависимости, психоз и т.п.; нередко оказывает значимый терапевтический эффект и на эти состояния косвенно.

# Экспозиция с Предотвращением Реакций/Ритуалов

## Экспозиция

- (англ. Exposure – выставка, подвергание, выдержка) – непосредственное столкновение субъекта и пугающих его условных стимулов (реальные объекты и ситуации, мысли, физические ощущения).

## Предотвращение Реакций

- Добровольный отказ пользоваться любыми предохранительными приёмами, снижающими тревогу или воспринимаемый риск за счёт избегания.



# Мишени ЭПР

№1

Приобретённые способы избегания риска и избавления от тревоги

Верования о выгоде охранных стратегий и тактик

---

№2

Выученные угрожающие ассоциации

+ Тревожная сензитивность как биопсихологический фактор

---

№3

Иррациональные убеждения, консервирующие расстройство

Переоценка и фатализация рисков

---

Нетерпимость неопределённости

---

# Классы Охранительных Стратегий

Пассивное избегание

Проверки и поиск заверений (в безопасности)

Двигательные компульсии (ака Ритуалы)

Мысленные компульсии (напр., беспокойство)

Поиск и хранение сигналов безопасности

# Теоретические Механизмы Действия ЭПР

Габитуация / Десенсибилизация  
(Д. Уотсон, Д. Вольпе)

Ингибиторное Научение (М.  
Краск)

Павлов: Условные  
Рефлексы

Рост Самоэффективности (А.  
Бандура, Б. Скиннер)

Модификация Тревожной  
Структуры (Э. Фoa)



Цель ЭПР — не «избавить» человека от тревоги! А развить умение её переживать без лишней суеты (которая и составляет расстройство)



*«Способность быть самим собой зависит от способности встретиться со своей тревогой и двигаться вперёд, несмотря на тревогу»*

**Ролло Рис Мэй**

# Типология Экспозиций

## Среда



Ситуативная (In Vivo)

Мысленная

Интероцептивная

Комбинированная

## Режим



Прогрессивная

Импульсивная

Массированная

Варьирующая Интенсивность



# Легко сказать: Терапевтическая экспозиция требует серьёзных знаний и умений



- ◆ Несмотря на превосходную и неоспоримую эмпирическую базу, ЭПР остаётся поразительно редким вмешательством в мировой клинической практике
- ◆ Причины — как объективный дефицит качественной подготовки, так и огромная масса предрассудков и дезинформации, подобающих скорее обывателям, среди специалистов
- ◆ **«Демаргинализация» ЭПР, в том числе в рамках КБТ — одна из важных задач для российских профессионалов в психическом здравоохранении**

# Причины Неудовлетворительного Результата при ЭПР

## Ошибки Техники

- Слишком редко
- Слишком кратко
- Слишком слабая тревога
- Продолжение избегания и сопротивления тревоге
- Нет нарушения ожиданий
- Неоптимальная среда экспозиции

## Ошибки Организации

- Недобровольная экспозиция (слабость мотивации)
- Ограниченный контекст экспозиций
- Отсутствие дисциплины и плановой практики
- Недостаточная или отсутствующая консолидация опыта

## Вмешивающиеся Факторы

- Коморбидные расстройства и иные осложнения
- Чрезмерная загруженность графика пациента
- Начало или коррекция курса медикаментов параллельно ЭПР
- Противодействие окружения пациента

# Базовые Ошибки в Технике: Доза ЭПР

- ◆ У курса ЭПР есть 5 технических условий, без которых шансы на успех слабые:
  - ▣ **Частота** (от 4 раз в неделю, лучше ежедневно; ещё лучше несколько раз в день)
  - ▣ **Длительность** (время на опровержение опасений, в среднем 15-30 минут, дольше ОК, меньше бессмысленно)
  - ▣ **Интенсивность** (30+ из 100 по шкале СЕД)
  - ▣ **Регулярность** (плановая последовательная практика)
  - ▣ **Отказ от максимально возможного числа охранительных приёмов и тактик избегания** (включая популярные техники релаксации - они тоже ни к чему здесь. В свободное от экспозиций время — пожалуйста).





## Психологи, думайте чуть больше как медики – проверяйте не только принимаемые «лекарства», но и их дозировку

- Если доза ЭПР ниже терапевтической, наивно удивляться, почему ничего не работает.
- Впрочем, она может быть и выше, оказываясь «токсичной» для пациента
  - Принцип – **ощутимо трудно, но не убийственно**
- Обоснование принципа: терапевтически стоящие вмешательства априори не могут даваться легко и просто. Это испытание для клиента, иначе ему и лечиться не надо было бы

# Другие Технические Ошибки

Использовать только одну среду экспозиции - причём иногда ту, что не соответствует показаниям случая пациента

Не обнаруживать пугающие ожидания или опасения пациента с целью их проверки и нарушения - совокупно с тем, что люди часто скрывают или преуменьшают определённые симптомы

Активно или пассивно потворствовать поиску заверений в безопасности — нежели применять «антагонизирующие» (парадоксальные) реплики («кто знает — может, вы и правда потеряете контроль...»).

# Другие Технические Ошибки

Боязнь заходить достаточно далеко в экспозиции – 3 Уровня Вызова: 1) Принятие; 2) Провокация; 3) «Многоканальная» экспозиция

Невнимательность к мысленному (скрытому) избеганию – внутренние способы отвлечься или снизить воспринимаемый риск, о которых пациент может не сообщить

Пациент, хотя и занимается экспозицией – продолжает сопротивляться переживанию тревоги во время упражнений и в свободное время



# Организационные Ошибки: «Принудительная» Экспозиция

Необходимо заручиться добровольным информированным согласием (ДИС) пациента и на участие в курсе ЭПР, и на каждую новую отдельную экспозицию

Большинство пациентов в начале терапии — амбивалентно, если не в отношении исхода, то в отношении лечебного процесса («А это обязательно? Может, есть что-то другое — попроще и поприятнее?»)»

Методика мотивационного интервью и транстеоретическая модель стадий перемен — постепенно входят в набор обязательных компетенций КБТ

# Организационные Ошибки: Контекст Экспозиций

Узкий

**Для максимального научения и результата — экспозиции следует варьировать не только по интенсивности и среде, но и в отношении контекста ситуаций**

**Если все экспозиции, что проходит пациент, происходят вместе с терапевтом в кабинете — потом не нужно поражаться, почему же научение не распространяется на повседневные ситуации**

**Чем в большем числе ситуативных контекстов пациент встретится со своими страхами — тем больше пользы он получит из этого опыта**

# Организационные Ошибки: Отсутствие Дисциплины и Плана Занятий

Экспозиции, даже если и выполняются — то от случая к случаю, по настроению, когда есть свободная минутка, больше заняться нечем и т.п.

Почти неизбежные срывы — приводят к демотивации и отказу продолжать, что неоправданно, так как **успешное разбирательство с малыми откатами это залог предотвращения более серьёзного рецидива** позже

**Большинству клиентов помогает ведение «бортжурнала», заметок и каталога экспозиций, не пренебрегайте этим простым и действенным средством**



# Организационные Ошибки: Недостаток Консолидации Опыта Экспозиций

Немногие, к удивлению, в курсе, что компонент когнитивной переработки включён также и в состав курса пролонгированной экспозиции.

После экспозиции или ряда упражнений пациенту следует помочь интеллектуально («когнитивно») пересмотреть, отрефлексировать и закрепить свой опыт в декларативной памяти (консолидация научения).

Спросите, что случилось с ожиданиями пациента, что и как он понял из упражнения, что стало самой большой трудностью, как этот опыт может ему пригодиться в дальнейшем, и так далее.

# Вмешивающиеся Факторы: Коморбидные Расстройства и Осложнения

Сопутствующие психологические проблемы при тревожных расстройствах — скорее правило, нежели исключение (Д. Барлоу и другие).

**Важно определить первоочерёдность и функциональную связь проблем пациента, опираясь на клиническую концептуализацию, а не лишь на диагноз** — часто подавленное настроение это результат тревожного избегания, и депрессия снижается по мере экспозиций новому.

Если же коморбидная патология создаёт существенные препятствия для проведения курса ЭПР, то она закономерно получает приоритет в терапии.

# Вмешивающиеся Факторы: Загруженность Графика Пациента

Нередко в реальной практике встречается ситуация, когда у человека и правда не хватает фундаментальных ресурсов — времени и сил, чтобы заниматься достаточно требовательным к этому курсом экспозиции

Вопросы могут быть связаны с финансами, семейной ситуацией, обстоятельствами профессиональной деятельности, заболеванием и т.п.

Здесь необходимо обсудить с пациентом, есть ли у него варианты разобраться с этим и выделить время на регулярную самостоятельную работу, или же сейчас это невыгодно или невозможно.

## **Вмешивающиеся Факторы: Начало Приёма или Коррекция Курса Медикаментов**

**По имеющимся эмпирическим свидетельствам, распространённые анксиолитические препараты и/или антидепрессанты не оказывают значительного влияния на результат ЭПР (ни в +, ни в -).**

**Кроме группы «успокоительных быстрого действия» - бензодиазепины (феназепам, лоразепам и т.п.). Их применение ассоциировано со снижением эффекта экспозиционной терапии (вплоть до статистически отсутствующего).**

**Поэтому начинать приём таких лекарств одновременно с началом курса ЭПР, либо же корректировать дозу, признано нерациональной стратегией лечения.**



# **Вмешивающиеся Факторы: Противодействие Ближайшего Окружения Пациента**

**Чаще всего с этим сталкиваются в терапии ОКР, но не только. Близкие люди пациента, как правило, склонны помогать ему в его «седативных» стратегиях — особенно что касается обеспечения разуверений в опасности**

**Конечно, они не преднамеренно саботируют лечение — они желают добра, как его понимают. Но, кроме этого — они желают устранить дискомфорт немедленно (как и пациент), и нередко сами страдают различными расстройствами (не всегда, просто нередко).**

**При любой возможности стоит провести в таких случаях просветительскую и инструкторскую работу с близкими пациента, хотя бы заочно**

# Прочее

- ◆ Терапевты, как и пациенты, могут верить, что конечная задача ЭПР – не увеличение толерантности к риску и переживаниям тревоги, но тотальная ликвидация страхов и тревог.
- ◆ Ожидания ровного и линейного прогресса; аналогично – ожидания глобального и драматического эффекта после пары-тройки упражнений
- ◆ Предпочтение исключительно тех упражнений, что пациенту даются легко (и ничего ему не дают в плане роста результатов) – см. «наивная практика» VS осмысленная/рефлексивная (deliberate practice)

# Прочее

- ◆ Если тревога сильно превзошла ожидания или не снизилась во время упражнения, клиенты и иногда терапевты склонны считать это «неудачей»
- ◆ Иногда также во время экспозиций случается то, что пациент обозначил как своё ведущее опасение (напр., кому-то таки нагрубил или оскорбил во время социальной экспозиции, и он почему-то не умер в итоге) — что используется не для капитализации научения, но как повод обескуражиться.
- ◆ Пренебрежение профилактическими занятиями экспозицией после лечения — в рамках предотвращения рецидива. Согласитесь, что подозрительно, если человек, вроде бы «проработавший» свой страх, почему-то упорно отнекивается показать, что он это сделал, ещё раз.





*«Если хочешь ничего  
не бояться, то помни,  
что бояться можно всего»*

**Луций Анней Сенека**



**Спасибо за внимание!**



Вопросы и другие комментарии автору:

**Email** – [psymax.a.i@gmail.com](mailto:psymax.a.i@gmail.com)

**Facebook** – группа «Культ РЭПТилоидов»