

Содержание

Об авторах	13
Предисловие	15
Руководство по использованию видеоматериалов	19
Доступ к видео	21
Видео, рассмотренные в главах	21
Глава 2. Терапевтические отношения: коллективный эмпиризм в действии	21
Глава 4. Структурирование и обучение	21
Глава 5. Работа с автоматическими мыслями	21
Глава 6. Поведенческие методы I: улучшение настроения, повышение энергичности, решение задач и преодоление проблем	22
Глава 7. Поведенческие методы II: снижение тревожности и разрушение паттернов избегания	22
Глава 8. Изменение схем	23
Глава 9. Когнитивно-поведенческая терапия для снижения риска суицида	23
Благодарности	25
Личная информация	25
От издательства	26
Глава 1. Когнитивно-поведенческая терапия	27
Происхождение КПТ	27
Когнитивно-поведенческая модель	30
Основные концепции	33
Уровни когнитивной обработки	33
Автоматические мысли	34
Когнитивные ошибки	37
Схемы	39
Обработка информации при депрессии и тревожных расстройствах	42
Связь между безнадежностью и суицидом	42
Атрибуционный стиль при депрессии	44

Искажения в ответ на фидбэк	45
Образ мышления при тревожных расстройствах	45
Обучение, память и когнитивные способности	46
Обзор терапевтических методов	46
Продолжительность терапии и ее формат	47
Ориентация на “здесь и сейчас”	49
Концептуализация случая	49
Терапевтические отношения	50
Метод Сократа	50
Структурирование и психообразование	51
Когнитивная реструктуризация	52
Поведенческие методы	52
Развитие КПТ-навыков для предотвращения рецидивов	53
Выводы	54
Глава 2. Терапевтические отношения: коллективный эмпиризм в действии	55
Эмпатия, теплота и искренность	56
Коллективный эмпиризм	58
Уровень терапевтической активности в КПТ	60
Терапевт как учитель и тренер	62
Использование юмора в КПТ	63
Гибкость и чувствительность	65
Перенос в КПТ	70
Контрперенос	72
Выводы	73
Глава 3. Оценка и формулировка	75
Оценка	75
Концептуализация случая в КПТ	81
Выводы	93
Глава 4. Структурирование и обучение	95
Структурирование КПТ	96
Постановка целей	96
Составление повестки дня	99
Проверка симптомов	103
Связь между сеансами	107

8 Содержание

Фидбэк	108
Темп проведения сеансов	110
Домашние задания	111
Структурирование сеансов в ходе курса КПТ	114
Психообразование	117
Мини-уроки	118
Образец для выполнения упражнений	119
Тетрадь для терапии	120
Литература	120
Компьютерные технологии в КПТ	122
Выводы	126
Глава 5. Работа с автоматическими мыслями	127
Выявление автоматических мыслей	128
Распознавание меняющегося настроения	128
Психообразование	129
Направляемое открытие	129
Запись мыслей	134
Использование воображения	136
Рольевые игры	137
Чек-листы для автоматических мыслей	140
Изменение автоматических мыслей	141
Метод Сократа	141
Изучение доказательств	143
Выявление когнитивных ошибок	146
Форма записи измененных мыслей	148
Создание рациональных альтернатив	151
Декатастрофизация	157
Реатрибуция	159
Когнитивная репетиция	163
Копинг-карточки	164
Выводы	166
Глава 6. Поведенческие методы I: улучшение настроения, повышение энергичности, решение задач и преодоление проблем	169
Поведенческий план	170
Планирование активности	175

Оценка активности	176
Увеличение степени достижения и удовольствия	183
Работа с трудностями в планировании активности	184
Градуированные задания	187
Поведенческая репетиция	193
Решение проблем	194
Работа с людьми с низкой исполнительностью	194
Работа с людьми с дефицитом навыков	200
Выводы	204
Глава 7. Поведенческие методы II: снижение тревожности и разрушение паттернов избегания	205
Поведенческий анализ тревожных расстройств и связанных с ними состояний	205
Обзор поведенческих методов лечения	208
Последовательность поведенческих вмешательств при симптомах тревожности	209
Этап 1. Оценка симптомов, триггеров и копинг-стратегий	210
Этап 2. Определение задач для вмешательств	212
Этап 3. Обучение основным навыкам	213
Этап 4. Экспозиция	222
Разработка иерархии ситуаций для градуированной экспозиции	222
Экспозиция в воображении	225
Экспозиция in vivo	232
Предотвращение реакций	234
Поощрение	234
Выводы	236
Глава 8. Изменение схем	237
Выявление схем	239
Использование вопросных техник	239
Проведение психообразования с пациентами	245
Выявление паттернов автоматических мыслей	246
Обзор истории жизни	247
Использование перечня схем	249
Создание персонального списка схем	252
Методы изменения схем	253
Метод Сократа	253

Изучение доказательств	255
Составление списка преимуществ и недостатков	260
Использование когнитивного континуума	261
Создание альтернатив	263
Когнитивная и поведенческая репетиция	265
КПТ, ориентированная на личностный рост	266
Выводы	269

Глава 9. Когнитивно-поведенческая терапия для снижения риска суицида

	271
Вовлечение безнадежных пациентов в КПТ	272
Ознакомление с информацией о КПТ	273
Укрепление готовности к лечению	274
Скрининг для оценки риска суицида	274
Планирование мер безопасности	276
Ради чего стоит продолжать жить	282
Создание набора надежды	283
Изменение автоматических мыслей и основных убеждений	283
Поведенческие методы снижения риска суицида	285
Консолидация навыков и предотвращение рецидивов	286
Консолидация основных навыков	286
Работа по предотвращению рецидивов суицида	286
Согласие и подготовка	287
Последовательность направленного воображения	287
Преодоление трудностей в лечении суицидальных пациентов	289
Выводы	290

Глава 10. Лечение хронических, тяжелых и комплексных расстройств

	291
Тяжелые, периодические, хронические и терапевтически резистентные депрессивные расстройства	292
Стандартная КПТ	293
Терапия благополучия	294
Система когнитивно-поведенческого анализа психотерапии	296
Когнитивная терапия на основе осознанности	296
Биполярное расстройство	298
Расстройства личности	305
Диалектическая поведенческая терапия	309

Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ	310
Расстройства пищевого поведения	313
Шизофрения	315
Выводы	319

Глава 11. Повышение компетентности в когнитивно-поведенческой терапии 321

Основные компетенции в области КПТ	322
Как стать компетентным когнитивно-поведенческим терапевтом	324
Оценка достигнутого прогресса	325
Шкала когнитивной терапии	325
Шкала оценки когнитивной формулировки	327
Шкала осведомленности о когнитивной терапии	328
Чек-лист для супервизии в когнитивно-поведенческой терапии	329
Дальнейшее обучение и тренинг по КПТ	330
Терапевтическое переутомление и выгорание	331
Выводы	334

Приложение 11А. Шкала когнитивной терапии 335

Часть 1. Общие терапевтические умения	335
Часть 2. Концептуализация, стратегия и техника	338

Приложение 1. Рабочие листы и чек-листы 341

Рабочий лист. Формулировка случая в когнитивно-поведенческой терапии	341
Чек-лист для автоматических мыслей	343
Форма записи измененных мыслей	344
Определение когнитивных ошибок	345
Рабочий лист для исследования доказательств для автоматических мыслей	347
Еженедельная таблица активности	348
Перечень схем	349
Рабочий лист для исследования доказательств для схем	350
Журнал благосостояния. Создание и поддержание благосостояния	351
Рабочий лист для планирования мер безопасности	352
Чек-лист для супервизии в когнитивно-поведенческой терапии	354

Приложение 2. Полезная информация по когнитивно-поведенческой терапии	357
Книги по самопомощи	357
Компьютерные программы	358
Веб-сайты	358
Видеоматериалы мастеров когнитивно-поведенческой терапии	359
Профессиональные организации с особым интересом к когнитивно-поведенческой терапии	360
Рекомендуемая для чтения литература	360
Библиография	363

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) базируется на хорошо разработанных принципах, которые используются терапевтами для создания плана лечения и служат ориентиром в их работе. В главе 1 мы сосредоточимся на раскрытии этих ключевых концепций и продемонстрируем, как основная когнитивно-поведенческая модель повлияла на развитие конкретных методов. Вначале мы проведем краткий обзор истории происхождения КПТ. основополагающие принципы КПТ базируются на идеях, которые впервые были описаны тысячи лет назад [Beck et al., 1979; D.A. Clark et al., 1999].

Происхождение КПТ

КПТ — это подход здравого смысла, основанный на двух главных принципах: 1) наши когниции оказывают контролирующее влияние на эмоции и поведение; и 2) то, как мы действуем или ведем себя, значительно влияет на наш образ мышления и эмоции. Когнитивные элементы этой точки зрения признавались философами-стоиками Эпиктетом, Цицероном, Сенекой и другими еще за два тысячелетия до появления КПТ [Beck et al., 1979]. Например, греческий философ-стоик Эпиктет писал в книге *Энхиридион*: “Людей беспокоят не сами события, а то, что о них говорят” [Epictetus, 1991, p. 14]. Кроме того, в восточных философских традициях, таких как даосизм и буддизм, когниции считаются основной силой, определяющей поведение человека [Beck et al., 1979; Campos, 2002]. В своей книге *Этика для нового тысячелетия* (1999) Далай-лама писал: “Если нам

удастся переориентировать свои мысли и эмоции и изменить поведение, мы сумеем не только научиться легко справляться со страданиями, но и предотвращать многие из них с самого начала” (р. xii).

Данный подход, в котором развитие здорового образа мышления может снизить страдания и повысить чувство благополучия, является общим для многих поколений и культур. Древний персидский философ Зороастер основывал свои учения на трех ключевых принципах: правильно думать, правильно действовать и правильно говорить. Бенджамин Франклин, один из отцов-основателей США, много писал о развитии конструктивных подходов, которые, по его мнению, благоприятно влияют на поведение [Isaacson, 2003]. На протяжении XIX и XX веков европейские философы, включая Канта, Хайдеггера, Джасперса и Франкла, продолжали развивать идею о том, что осознанные когнитивные процессы играют фундаментальную роль в человеческом существовании [D.A. Clark et al., 1999; Wright et al., 2014]. Например, Франкл (1992) сделал вывод, что поиск смысла в жизни служит противоядием от отчаяния и разочарования.

Аарон Т. Бек был первым, кто полностью разработал теории и методы использования когнитивных и поведенческих вмешательств для эмоциональных расстройств [Beck, 1963, 1964]. Несмотря на то, что Бек отошел от психоаналитических концепций, он отмечал, что на его когнитивные теории повлияли работы некоторых постфрейдистских аналитиков, таких как Адлер, Хорни и Салливан. Они фокусировались на искаженных представлениях человека о себе, что стало предвестником развития более систематизированных когнитивно-поведенческих формулировок психиатрических расстройств и структуры личности [D.A. Clark et al., 1999]. Теория Келли (1955) о личностных конструктах (основных убеждениях или схемах) и рационально-эмотивная терапия Эллиса также способствовали развитию когнитивных поведенческих теорий и методов [D.A. Clark et al., 1999; Raimy, 1975].

Ранние формулировки Бека основывались на роли дезадаптивной обработки информации при депрессии и тревожных расстройствах. В серии статей, опубликованных в начале 1960-х годов, он описал когнитивную концептуализацию депрессии, в которой симптомы были связаны с негативным образом мышления в трех областях: о себе, мире и будущем (“негативная когнитивная триада”; [Beck, 1963, 1964]). Предложение Бека о когнитивно-ориентированной терапии, направленной на изменение

дисфункциональных когнитивных процессов и связанного с ними поведения, было затем проверено в большом количестве итоговых исследований [Cuijpers et al., 2013; Wright et al., 2014]. Теории и методы, описанные Бекком и многими другими исследователями КПТ, стали применяться к широкому спектру состояний, включая депрессию, тревожные расстройства, расстройства пищевого поведения, шизофрению, биполярное расстройство, хроническую боль, расстройства личности и злоупотребление наркотиками. Были проведены сотни контрольных исследований в КПТ для различных психических расстройств [Bandelow et al., 2015; Butler and Beck, 2000; Cuijpers, et al., 2013].

Поведенческие компоненты модели КПТ зародились в 1950-х и 1960-х годах, когда клинические исследователи начали применять идеи Павлова, Скиннера и других экспериментальных бихевиористов [Rachman, 1997]. Джозеф Вольпе [Wolpe, 1958] и Ганс Айзенк [Eysenck, 1966] были первыми, кто стал изучать потенциал поведенческих вмешательств, таких как десенсибилизация (поэтапный контакт с пугающими объектами или ситуациями) и релаксационные тренировки. Во многих ранних подходах к использованию поведенческих принципов в психотерапии уделялось немного внимания когнитивным процессам, связанным с психическими расстройствами. Вместо этого основное внимание сосредоточивалось на формировании измеримого поведения с помощью усиления и подавления реакций страха благодаря экспозиционным протоколам.

По мере расширения исследований в области поведенческой терапии ряд выдающихся исследователей, таких как Мейхенбаум (1977), Левинсон и другие (1985), стали включать когнитивные теории и стратегии в свои программы лечения. Они отмечали, что когнитивная перспектива предоставляет дополнительный контекст, глубину и понимание для поведенческих вмешательств. Применяя поведенческую теорию Левинсона, Аддис и Мартелл (2004) отмечали, что пациенты с депрессией часто не получают достаточного позитивного подкрепления от своего окружения, чтобы поддерживать адаптивное поведение. Когда жизненная активность пациентов снижается, они становятся более депрессивными. Отсутствие интереса к любимым занятиям приводит к дополнительным депрессивным симптомам, таким как печаль, изнеможение и ангедония, что, в свою очередь, приводит к еще большему нежеланию проявлять активность. Со временем эта модель создает порочный круг, который приводит к сильной депрессии. Кроме того, Бек выступал за

включение поведенческих методов с самого начала своей работы, потому что считал, что эти инструменты эффективны в снижении симптомов, концептуализируя тесную связь между когнициями и поведением. Несмотря на существование некоторых пуристов, оспаривающих преимущества использования только когнитивного или поведенческого подхода, большинство прагматически настроенных терапевтов считают когнитивные и поведенческие методы эффективными партнерами как в теории, так и на практике.

Хороший пример объединения когнитивных и поведенческих теорий можно найти в работах Д.М. Кларка [1986; *D.M. Clark et al.*, 1994] и Барлоу [*Barlow and Cerney*, 1988; *Barlow et al.*, 1989] для программ лечения панических расстройств. Они отмечали, что у пациентов с паническим расстройством обычно наблюдается комплекс когнитивных симптомов (например, катастрофические страхи физических бедствий или потери контроля), и поведенческие симптомы (например, бегство или избегание). В обширных исследованиях была продемонстрирована эффективность комбинированного подхода, использующего когнитивные техники (для изменения когнитивных процессов, связанных со страхом) наряду с поведенческими методами, включая экспозиционную терапию, дыхательный тренинг и релаксацию [*Barlow et al.*, 1989; *D.M. Clark et al.*, 1994; *Wright et al.*, 2014].

Когнитивно-поведенческая модель

Основные элементы когнитивно-поведенческой модели показаны на рис. 1.1.

Центральная роль в этой модели отводится когнитивной обработке, поскольку люди оценивают значимость событий в окружающей среде вне себя и внутри себя (например, стрессовые события, отзывы людей или их отсутствие, воспоминания о событиях из прошлого, телесные ощущения) и их когниции часто связаны с эмоциональными реакциями. Например, у Ричарда (человека, который страдает социофобией), когда он готовится пойти на вечеринку, возникают следующие мысли: “Я не буду знать, что сказать... Все поймут, что я нервничаю... Я буду выглядеть, как неудачник... Меня заклинит, и я сразу захочу уйти”. Эмоции и физиологические реакции, которые вызывались этими дезадаптивными убеждениями, были предсказуемы: сильная тревога, физическое напряжение и возбуждение



Рис. 1.1. Основная когнитивно-поведенческая модель

автономной нервной системы. Ричард начал потеть и почувствовал спазм в животе, и у него пересохло во рту. Его поведенческая реакция также была проблематичной. Вместо того чтобы столкнуться с социальной ситуацией и попытаться научиться справляться с ней, он позвонил хозяину и сказал, что у него грипп.

Избегание устрашающей его ситуации усилило негативное мышление Ричарда и стало частью порочного круга мыслей, эмоций и поведения, которые усугубили его проблему, связанную с социофобией. Каждый раз, когда он изворачивался, чтобы избежать социальных ситуаций, его вера в собственную неспособность и уязвимость укреплялась. Такие связанные со страхом убеждения усилили его эмоциональный дискомфорт и снизили вероятность его участия в общественной деятельности. Когниции, эмоции и действия Ричарда показаны на рис. 1.2.

При лечении таких проблем, как у Ричарда, когнитивно-поведенческие терапевты используют различные методы, которые направляются на все три области патологического функционирования, определенные в базовой модели КПТ: когниции, эмоции и поведение. Например, Ричарда могли бы научить распознавать и изменять свои тревожные мысли, использовать релаксацию или воображение, чтобы уменьшить тревожные эмоции, применять пошаговую иерархию, чтобы разрушить паттерн избегания и развить социальные навыки.



Рис. 1.2. Основная когнитивно-поведенческая модель: пример пациента с социальной фобией

Прежде чем перейти к более подробному описанию теорий и методов КПТ, мы хотели бы объяснить, как модель, показанная на рис. 1.1, используется в клинической практике и как она связана с более широкими концепциями этиологии и лечения психиатрических расстройств. Основная модель КПТ — это конструкция, которая используется с целью помочь клиницистам концептуализировать клинические проблемы и реализовать специфические методы КПТ. Рабочая модель специально упрощена, чтобы клиницист смог обратить внимание на взаимосвязи между мыслями, эмоциями и поведением, а также сориентироваться с терапевтическими вмешательствами.

Когнитивно-поведенческие терапевты также признают, что существуют сложные взаимодействия между биологическими процессами (например, генетикой, работой мозга, нейроэндокринными системами, воспалением), влиянием окружающей среды, межличностными воздействиями и когнитивно-поведенческими элементами в генезисе и лечении психических расстройств [Wright, 2004; Wright and Thase, 1992]. Модель КПТ

предполагает, что когнитивные и поведенческие изменения модулируются биологическими процессами и что психотропные лекарства и другие биологические средства лечения влияют на когнитивные процессы [Wright et al., 2014]. В недавних исследованиях подтверждается эта позиция и демонстрируется, что фармакотерапия и КПТ могут быть направлены на различные участки мозга и, если они эффективны, оказывают дополнительный эффект на мозг, например [McGrath et al., 2013].

В исследованиях в области комбинированной фармакотерапии и психотерапии дополнительно подтверждается возможность использования биологических воздействий в реализации модели КПТ. Комбинированное лечение КПТ с лекарственными препаратами может повысить эффективность, особенно при таких тяжелых состояниях, как хроническая или не поддающаяся лечению депрессия, шизофрения и биполярное расстройство [Hollon et al., 2014; Lam et al., 2003; Rector and Beck, 2001]. Однако сильнодействующие бензодиазепины, такие как алпразолам, снижают эффективность КПТ [Marks et al., 1993].

Для обеспечения общего направления в лечении настоятельно рекомендуется комплексная, полностью детализированная формулировка, включающая когнитивно-поведенческие, биологические, социальные и межличностные аспекты. Методы разработки многоаспектных концептуализаций конкретных случаев обсуждаются и демонстрируются в главе 3, “Оценка и формулировка”. Далее в этой главе вы познакомитесь с основными теориями и методами КПТ.

Основные концепции

Уровни когнитивной обработки

Беком и его коллегами [Beck et al., 1979; D.A. Clark et al., 1999; Dobson and Shaw, 1986] были определены три первичных уровня когнитивной обработки. Самый высокий уровень когнитивных процессов — это *сознание*, состояние осознания, в котором решения принимаются на рациональной основе. Благодаря осознанному вниманию мы: 1) отслеживаем и оцениваем взаимодействия с окружающей средой; 2) связываем воспоминания прошлого с нынешним опытом; и 3) контролируем и планируем будущие действия [Sternberg, 1996]. В КПТ терапевты поощряют развитие и применение адаптивных сознательных процессов мышления, таких как

рациональное мышление и решение проблем. Терапевты также прилагают значительные усилия для того, чтобы помочь пациентам распознать и изменить дезадаптивное мышление на двух дополнительных уровнях когний: *автоматические мысли и схемы* [Beck et al., 1979; D.A. Clark et al., 1999; Wright et al., 2014].

- *Автоматические мысли* — это когнииции, которые быстро пронесаются через наш разум, когда мы находимся в конкретных ситуациях (или вспоминаем о событиях). Несмотря на то что подсознательно мы знаем о наличии автоматических мыслей, обычно эти когнииции не подвергаются тщательному рациональному анализу.
- *Схемы* — это основные убеждения, которые действуют как шаблоны или основополагающие правила для обработки информации. Они выполняют критическую функцию, позволяя людям сканировать, фильтровать и кодировать информацию из окружающей среды, а также придавать ей значение.

В отличие от психодинамически ориентированной терапии, в КПТ не устанавливаются специфические структуры или защиты, которые блокируют осознание мыслей [D.A. Clark et al., 1999]. Вместо этого в КПТ делается акцент на техники, предназначенные для того, чтобы помочь пациентам распознавать и изменять автоматические мысли и схемы, особенно те, которые связаны с эмоциональными симптомами, такими как депрессия, тревога или гнев. В КПТ пациентов учат “думать о своих мыслях”, чтобы осознать и контролировать автономные когнииции.

Автоматические мысли

Большое количество мыслей, появляющихся у нас каждый день, являются частью потока когнитивной обработки, которая находится в глубине сознательного разума. Такие автоматические мысли, обычно личные или непроизносимые, возникают быстро, когда мы оцениваем значение событий в своей жизни. Д.А. Кларк и его коллеги (1999) использовали термин *подсознательность* для описания автоматических мыслей, потому что мы распознаем и понимаем эти когнииции, когда обращаем на них внимание. Лица с психическими расстройствами, такими как депрессия или тревожность, часто испытывают наводнения автоматических мыслей, которые являются дезадаптивными или искаженными. Эти мысли могут вызывать болезненные эмоциональные реакции и неадекватное поведение.

Наиболее важным индикатором того, что человека одолевают автоматические мысли, является наличие сильных эмоций. Связь между событиями, автоматическими мыслями и эмоциями проиллюстрирована на примере лечения Марты, женщины, испытывающей сильную депрессию (рис. 1.3).

Событие	Автоматические мысли	Эмоции
Звонит моя мама и спрашивает, почему я забыла о дне рождения своей сестры	"Я снова все испортила", "Я никогда не смогу ее порадовать", "Я ничего не могу сделать правильно", "Что толку?"	Печаль, гнев
Думаю о большом проекте, который нужно завершить на работе	"Это слишком для меня", "Я никогда не успеваю закончить его вовремя", "Я не смогу посмотреть в глаза своему начальнику", "Я потеряю работу и все остальное в своей жизни"	Тревога
Мой муж все время жалуется, что я раздражительная	"Он действительно недоволен мной", "Я плохая жена", "Меня ничто не радует", "Почему кому-либо должно хотеться быть рядом со мной?"	Печаль, тревога

Рис. 1.3. Автоматические мысли Марты

В этом примере на основе автоматических мыслей Марты можно сделать общий вывод о негативном смещении когниций в сторону депрессии. Несмотря на то что она переживала депрессию и у нее были проблемы в семье и на работе, в действительности она функционировала намного лучше, чем показывали ее чрезмерно критические автоматические мысли. В большом количестве исследований было подтверждено, что лица с депрессией, тревожными расстройствами и другими

психиатрическими заболеваниями часто имеют искаженные автоматические мысли [Blackburn et al., 1986; Haaga et al., 1991; Hollon et al., 1986]. При депрессии автоматические мысли часто сосредоточены на темах безнадежности, низкой самооценки и неудач. У людей с тревожными расстройствами обычно возникают автоматические мысли, которые включают предсказание опасности, вреда, неспособности контролировать ситуацию или справиться с угрозами [D.A. Clark et al., 1990; Ingram and Kendall, 1987; Kendall and Hollon, 1989].

У всех людей есть автоматические мысли; они не возникают исключительно у людей с депрессией, тревожными состояниями или другими эмоциональными расстройствами. Распознавая свои личные автоматические мысли и используя другие когнитивные поведенческие процессы, клиницисты могут лучше понять основные концепции, повысить эмпатию по отношению к пациентам и углубить осведомленность о собственных когнитивных и поведенческих паттернах, которые влияют на терапевтические отношения.

В этой книге мы предлагаем упражнения, благодаря которым, как мы полагаем, можно изучить основные принципы КПТ. Большинство из этих обучающих упражнений включают применение на практике КПТ-вмешательств с пациентами или в ролевых играх-упражнениях с коллегой, а в некоторых случаях вам необходимо будет изучить собственные мысли и чувства. В первом упражнении необходимо написать пример автоматических мыслей. Попробуйте сделать это, основываясь на ситуациях из собственной жизни. Если сложно придумать свой личный пример, можно использовать пример пациента, с которым вы проводили интервью.

Иногда автоматические мысли могут объясняться логически и быть точным отражением реальной ситуации. Например, это может быть правдой, что Марте грозит потеря работы или что ее муж критикует ее поведение. В КПТ не замалчиваются реальные проблемы. Если человек сталкивается со значительными трудностями, врач должен проявить понимание и сочувствие, используя когнитивные и поведенческие методы, чтобы помочь пациенту справиться с ситуацией. Во время работы с людьми с психическими расстройствами, как правило, у клиницистов возникают отличные возможности обнаружить ошибки в рассуждениях пациентов и другие когнитивные искажения, которые можно изменить с помощью КПТ-вмешательств.

Обучающее упражнение 1.1

Распознавание автоматических мыслей:

запись мыслей в три колонки

1. На листе бумаги нарисуйте три колонки, подписав их “Событие”, “Автоматические мысли” и “Эмоции”.
2. Теперь вспомните о недавней ситуации или о событии, которое вызвало такие эмоции, как тревога, гнев, печаль, физическое напряжение или ощущение счастья.
3. Представьте, что вы вернулись в эту ситуацию, когда все происходило.
4. Какие автоматические мысли возникли в этой ситуации? Запишите событие, автоматические мысли и эмоции в три колонки.

Когнитивные ошибки

В своих начальных формулировках Бек [Beck 1963, 1964; Beck et al., 1979] предположил, что существуют характерные ошибки в логике автоматических мыслей и других убеждениях у людей с эмоциональными расстройствами. В последующих исследованиях была подтверждена важность когнитивных ошибок в патологических стилях обработки информации. Например, было установлено, что когнитивные ошибки у депрессивных людей встречаются гораздо чаще, чем у людей из контрольной группы [Lefebvre, 1981; Watkins and Rush, 1983]. Бек и его коллеги [Beck 1979; D.A. Clark et al., 1999] описали шесть основных категорий когнитивных ошибок: выборочная абстракция, произвольный вывод, сверхобобщение, преувеличение и преуменьшение, персонализация и мышление по типу “все или ничего”. Определения и примеры этих когнитивных ошибок приводятся в табл. 1.1.

Как вы, вероятно, заметили, просмотрев примеры из табл. 1.1, когнитивные ошибки могут накладываться одна на другую. Дэн, который мыслил по типу “все или ничего”, также игнорировал наличие своих сильных сторон и приуменьшал проблемы своего друга Эда. Мужчина, ставший жертвой выборочной абстракции (игнорирование доказательств) после того, как не получил поздравительной открытки, совершил дополнительные когнитивные ошибки, такие как мышление по типу “все или

Таблица 1.1. Когнитивные ошибки

Выборочная абстракция (иногда еще называется *игнорированием доказательств* или *мысленным фильтром*)

Определение. Вывод делается на основании лишь небольшой части имеющейся информации. Основные данные отсеиваются или игнорируются, чтобы подтвердить искаженный взгляд человека на ситуацию.

Пример. Депрессивный мужчина с низкой самооценкой не получает поздравительную открытку от старого друга. Он думает: “Я теряю всех своих друзей; никому до меня нет дела”. Он игнорирует те факты, что получил поздравительные открытки от других своих друзей, что у него все еще хорошие отношения с ними, что его старый друг посылал ему открытки каждый год в течение 15 лет и что в этом году он был занят переездом и новой работой.

Произвольный вывод

Определение. Вывод делается при наличии противоречивых доказательств или отсутствии доказательств.

Пример. Женщину, которая боится ездить в лифте, попросили предсказать вероятность его падения, если она на нем поедет. Она ответила, что шанс, что лифт упадет и она пострадает, — 10% или больше. Многие пытались убедить ее, что вероятность аварии в лифте ничтожна.

Сверхобобщение

Определение. Вывод делается на основе одного или нескольких отдельных случаев, а затем вопреки логике переносится на широкие сферы деятельности.

Пример. Депрессивный студент колледжа получает *четверку* за тест. Он считает, что это неудовлетворительно. Он преувеличивает, когда у него появляются автоматические мысли, такие как “У меня ничего не получается в жизни, я ничего не могу сделать правильно”.

Преувеличение и преуменьшение

Определение. Значение события или ощущения преувеличивается или преуменьшается.

Пример. Женщина, у которой паническое расстройство, начинает чувствовать головокружение во время приступа панической атаки. Она думает: “Я упаду в обморок, у меня может случиться сердечный приступ или инсульт”.

Персонализация

Определение. Внешние события человек связывает с самим собой, когда для этого нет достаточных оснований. Человек возлагает на себя чрезмерную ответственность или вину за негативные события.

Пример. В результате экономического спада ранее успешный бизнес в настоящее время изо всех сил пытается удержаться на плаву. Рассматривается вопрос об увольнении. Множество факторов стали причиной бюджетного кризиса, но один из менеджеров считает так: “Это моя вина; я должен был это предвидеть и что-то предпринять, я подвел компанию”.

Абсолютистское мышление или мышление по типу “все или ничего”

Определение. Суждения о себе, личном опыте или других людях делятся на две категории (например, все плохо или все хорошо, полный провал или полный успех, абсолютная неудача или просто идеально). *Пример.* Дэн, человек с депрессией, сравнивает себя со своим другом Эдом, у которого счастливый брак и дети которого хорошо учатся в школе. Несмотря на то что друг счастлив в браке, его жизнь далека от идеала. У Эда проблемы на работе, финансовые трудности, физические недуги и другие сложности. Дэн мыслит по типу “все или ничего”, когда говорит себе: “У Эда есть все, что ему нужно, у меня же нет ничего”.

ничего” (“Никому до меня нет дела”). Применяя методы КПТ для снижения когнитивных ошибок, терапевты обычно учат пациентов, что главная цель — это просто признать, что они совершают когнитивные ошибки, а не идентифицировать каждую происходящую ошибку с логической точки зрения.

Схемы

В когнитивно-поведенческой теории схемы определяются как базовые шаблоны или правила для обработки информации, которые лежат в основе более поверхностного слоя автоматических мыслей [D.A. Clark et al., 1999; Wright et al., 2014]. Схемы представляют собой устойчивые принципы мышления, которые начинают формироваться в детстве и на которые влияют генетика и жизненный опыт, включая родительское научение и моделирование, формальное и неформальное обучение, опыт со сверстниками, травмы и успехи.

Боулби [Bowlby, 1985] и другие отмечали, что людям необходимо разработать схемы, чтобы управлять большим количеством информации, с которой они сталкиваются каждый день, и принимать своевременные и соответствующие решения. Например, если у женщины основное правило — “Всегда планировать наперед”, то маловероятно, что она бросится в

новую ситуацию без предварительной подготовки. Вместо этого она автоматически начнет закладывать фундамент, чтобы успешно справиться с ситуацией.

По мнению Д.А. Кларка и его коллег [Clark, Beck, Alford, 1999], существуют три основные группы схем.

1. Простые схемы

Определение. Правила, связанные с физической природой окружающей среды, практическим управлением повседневной деятельностью или законами природы, которые оказывают незначительное влияние или не влияют вообще на психопатологию.

Примеры. “Безопасно водить машину”, “Хорошее образование приносит плоды”, “Найти укрытие во время грозы”.

2. Промежуточные убеждения и предположения

Определение. Условные правила, заявления по типу “если то”, которые влияют на самооценку, эмоциональную регуляцию и поведение.

Примеры. “Я должен быть идеальным, чтобы меня приняли”, “Если я не буду постоянно угождать другим, они отвернутся от меня”, “Если я буду усердно работать, то смогу добиться успеха”.

3. Основные убеждения о себе

Определение. Глобальные и абсолютные правила для толкования исходящей из окружающей среды информации, связанной с самооценкой.

Примеры. “Меня никто не любит”, “Я глупый”, “Я — неудачник”, “Я — хороший друг”, “Я могу доверять другим”.

В нашей клинической практике обычно мы не стараемся объяснять пациентам различные уровни схем (например, промежуточные предположения против основных убеждений). Мы обнаружили, что многие пациенты получают больше пользы, когда осознают, что схемы или основные убеждения (мы используем эти термины попеременно) оказывают сильное влияние на самооценку и поведение. Мы также учим пациентов, что у всех людей есть смесь адаптивных (здоровых) схем и дезадаптивных основных убеждений. Наша цель в КПТ — определить и создать адаптивные схемы и попытаться изменить или уменьшить влияние дезадаптивных схем. В табл. 1.2 представлен краткий перечень адаптивных и дезадаптивных схем.

Таблица 1.2. Адаптивные и дезадаптивные схемы

Адаптивные схемы	Дезадаптивные схемы
Что бы ни случилось, я как-нибудь справлюсь	Если я решусь что-то сделать, то я обязательно должен добиться успеха
Если буду работать над чем-то, то я смогу научиться	Я глупый
Я тот, который умеет выживать	Я — фальшивка
Люди могут мне доверять	Я никогда не смогу почувствовать себя комфортно рядом с другими людьми
Я милый	Без мужчины (женщины) я — ничто
Люди уважают меня	Я должен быть идеальным, чтобы меня приняли
Если я готовлюсь заранее, у меня обычно получается лучше	Что бы я ни делал, у меня не получится
Меня мало что может испугать	Мир слишком страшен для меня

Адаптировано из работы [Wright et al., 2014].

Взаимосвязь между схемами и автоматическими мыслями была подробно описана в *гипотезе диатеза-стресса*. Бек и другие предположили, что в депрессии и других состояниях дезадаптивные схемы могут оставаться неактивными или играть незначительную роль, пока не произойдет стрессовое событие, которое активизирует основное убеждение [Beck et al., 1979; D.A. Clark et al., 1999; Miranda, 1992]. Дезадаптивная схема затем усиливается до такой степени, что стимулирует появление более поверхностного потока отрицательных автоматических мыслей и начинает им управлять. Этот феномен иллюстрируется на примере Марка, мужчины средних лет, у которого началась депрессия после увольнения с работы.

У Марка не было депрессии до того, как он потерял работу, но он стал сильно сомневаться в себе после того, как не смог найти новую работу. Во время просмотра раздела в местной газете с предложениями о работе у Марка возникало много автоматических мыслей, таких как “Они не захотят меня взять”, “У меня никогда не получится найти такую же хорошую работу, как моя предыдущая”, “Даже если меня пригласят на собеседование, меня заклинит, и я не буду знать, что сказать”. Начав курс КПТ, терапевт смог помочь Марку раскрыть несколько глубоко укоренившихся

схем о компетентности, которые находились в глубине в течение многих лет. Одной из них была “Я недостаточно хорош” — основное убеждение, которое было в спящем состоянии раньше, но теперь стимулировало каскад негативных автоматических мыслей каждый раз, когда он пытался найти работу.

Обработка информации при депрессии и тревожных расстройствах

Одновременно с теориями и методами для автоматических мыслей, схем и когнитивных ошибок ряд других важных факторов повлиял на развитие когнитивно-ориентированных лечебных вмешательств. Мы кратко опишем некоторые результаты исследований при депрессии и тревожных расстройствах, чтобы подготовить теоретическую основу для методов лечения, которые подробно описаны в следующих главах. Основные особенности патологической обработки информации при депрессии и тревожных расстройствах представлены в табл. 1.3.

Связь между безнадежностью и суицидом

Одним из наиболее клинически значимых выводов в исследованиях депрессии является связь между безнадежностью и суицидом. В ряде исследований демонстрируется, что люди, находящиеся в состоянии депрессии, скорее всего, будут ощущать высокий уровень безнадежности и что отсутствие надежды повышает риск самоубийства [Beck et al., 1975, 1985, 1990; Fawcett et al., 1987]. Было установлено, что безнадежность является наиболее важным индикатором в самоубийстве у пациентов в депрессивном состоянии, которые наблюдались в течение 10 лет после выписки [Beck, et al. 1985]. Аналогичные выводы были сделаны в соответствующих исследованиях с амбулаторными больными [Beck et al., 1990]. Реализуя эти выводы на практике, Браун, Бек и коллеги (2005) обнаружили, что когнитивная терапия приводит к снижению числа попыток самоубийства по сравнению с обычной клинической терапией. Такое лечение включает в себя конкретные стратегии по предотвращению самоубийства, такие как проведение бесед о недавних суицидальных кризисах с целью определить оптимальный режим при лечении, разработка плана безопасности, определение причин для

Таблица 1.3. Патологическая обработка информации при депрессии и тревожных расстройствах

Патологическая обработка информации		
Преобладающая при депрессии	Преобладающая при тревожных расстройствах	Общая при депрессии и тревожных расстройствах
Безнадежность	Страх, что будет причинен вред или произойдет что-то опасное	Усиленная обработка автоматической информации
Низкая самооценка	Повышенный интерес к информации о потенциальных угрозах	Дезадаптивные схемы
Негативный взгляд на окружающую среду	Преувеличение риска в ситуациях	Частые когнитивные ошибки
Автоматические мысли на негативные темы	Автоматические мысли, связанные с опасностью, риском, неспособностью контролировать, беспомощностью	Снижение когнитивной способности к решению проблем
Неправильная атрибуция	Недооценка способности справляться с пугающими ситуациями	Повышенное внимание к себе, особенно к недостаткам и проблемам
Преувеличение негативного фидбэка	Неправильное толкование телесных стимулов	
Снижение результативности выполнения когнитивных задач, требующих усилий или абстрактного мышления		

Адаптировано из работы [Wright et al., 2014].

жизни, создание “набора надежды” и вовлечение пациентов в выполнение соответствующих упражнений на воображение, чтобы они практиковались использовать свои навыки во время суицидальных кризисов. Полагая, что методы КПТ для снижения риска самоубийства должны быть базовыми клиническими навыками, мы решили включить в книгу отдельную главу на эту тему (см. главу 9, “Когнитивно-поведенческая терапия для снижения риска суицида”).

Атрибуционный стиль при депрессии

Абрамсон и другие [Abramson et al., 1978] предположили, что пациенты в депрессии приписывают значение (атрибуции) жизненным событиям, которые негативно искажаются в трех сферах.

- 1. Внутренняя атрибуция против внешней.** Депрессию связывают с тенденцией понимать и объяснять жизненные события, которые искажаются в сторону внутренней атрибуции. Поэтому депрессивные люди обычно берут на себя чрезмерную вину за негативные события. В свою очередь люди, которые не страдают депрессией, скорее всего, будут рассматривать опасные события как такие, которые вызываются внешними силами, например невезением, влиянием судьбы или действиями других.
- 2. Общая атрибуция против конкретной.** Вместо того чтобы рассматривать негативные события как имеющие лишь изолированное или ограниченное значение, люди с депрессией приходят к выводу, что эти события имеют далеко идущие, глобальные или всеобъемлющие последствия. У людей, которые не переживают депрессию, есть больше возможностей не допустить пагубного воздействия негативных событий на свою самооценку и поведенческие реакции.
- 3. Фиксированная атрибуция против изменчивой.** При депрессии негативные или тревожные ситуации рассматриваются как неизменные или такие, которые вряд ли улучшатся в будущем. Более здоровый образ мышления наблюдается у недепрессивных людей, которые чаще верят, что негативные условия или обстоятельства со временем отступят (например, “Это тоже пройдет”).

Исследования атрибуционного стиля при депрессии подверглись критике из-за того, что ранние исследования проводились со студентами и людьми, которые не проходили психиатрического лечения, а в других исследованиях были получены противоречивые результаты. Тем не менее весомые доказательства подтверждают концепцию, что атрибуции бывают искажены при депрессии и что методы КПТ могут стать полезными в изменении такого типа искаженной когнитивной обработки. В своей клинической работе мы обнаружили, что многие депрессивные пациенты могут легко понять концепцию, что их образ мышления смещен в сторону внутренних, глобальных и фиксированных атрибуций.

Искажения в ответ на фидбэк

В ряде исследований, посвященных реакциям на фидбэк, были выявлены различия между депрессивными и недепрессивными людьми, что имеет большое значение для терапии. Было установлено, что люди, находящиеся в депрессии, недооценивают полученный положительный фидбэк и прикладывают меньше усилий для выполнения задач после того, как им говорят, что их прогресс практически незаметный. Люди из контрольной группы, которые не страдали депрессией, показали паттерны, которые могут указывать на *положительную эгоистичную искаженность* — возможно, они слышали более позитивный фидбэк, чем предлагалось в действительности, или преуменьшали значение негативного фидбэка [Alloy and Ahrens, 1987].

Поскольку цель КПТ — помочь пациентам разработать точный и рациональный стиль обработки информации, терапевты должны уметь распознавать и устранять возможные искажения фидбэка. Один из основных методов, позволяющих это сделать — предоставлять подробный фидбэк во время терапевтических сеансов — описан в главе 2, “Терапевтические отношения: коллективный эмпиризм в действии”, и главе 4, “Структурирование и обучение”. В этих техниках используется терапевтический опыт и для клиницистов предоставляется возможность научиться слышать, реагировать и обеспечивать обратную связь.

Образ мышления при тревожных расстройствах

Было установлено, что у людей, страдающих тревожными расстройствами, наблюдаются определенные характерные искажения при обработке информации (см. табл. 1.3). Одной из таких дисфункций является повышенное внимание к информации в окружающей среде, связанной с потенциальными угрозами. Например, женщина с фобией ездить в лифте, представленная в табл. 1.1, возможно, слышит звуки в лифте, которые заставляют ее беспокоиться о своей безопасности. Человек, у которого нет такого страха, вероятно, не будет обращать никакого внимания на такие стимулы. Люди с тревожными расстройствами обычно также считают причины своего страха нереалистично опасными или способными причинить им вред. Многие люди с паническим расстройством опасаются,

что панические атаки — или ситуации, которые их вызывают — могут привести их к катастрофическим повреждениям, возможно, даже сердечному приступу, инсульту или смерти.

В других исследованиях, связанных с обработкой информации, было выявлено, что у пациентов с тревожными расстройствами часто наблюдается заниженная оценка своей способности справляться с вызывающими страх ситуациями; неспособность контролировать ситуацию; негативные высказывания о себе, неправильное толкование телесных стимулов и преувеличение риска будущих катастроф. Благодаря осведомленности об этих различных видах искаженной обработки информации клиницисты могут планировать и осуществлять лечение тревожных расстройств.

Обучение, память и когнитивные способности

Депрессия часто ассоциируется со значительным ухудшением способности концентрироваться, запоминать и выполнять сложные, требующие усилий, абстрактные обучающие задачи [Weingartner et al., 1981]. Понижение способности решать проблемы наблюдалось также у пациентов с депрессией и тревожными расстройствами [D.A. Clark et al., 1990]. В КПТ эти недостатки в когнитивной деятельности устраняются с помощью конкретных вмешательств (например, структурирование, психообразовательные методы и репетиции), которые направлены на то, чтобы пациенты более эффективно овладевали знаниями и чтобы улучшить их навыки для решения проблем (см. главу 4, “Структурирование и обучение”).

Обзор терапевтических методов

В начале обучения КПТ клиницисты иногда совершают ошибку, рассматривая этот подход как набор техник или вмешательств. Пропуская наиболее важные компоненты КПТ, они сразу берутся за реализацию таких методов, как запись мыслей, планирование активности или экспозиционная терапия. Легко попасть в эту ловушку, потому что КПТ хорошо известна своими эффективными вмешательствами, и часто пациентам нравится выполнять конкретные упражнения. Однако, если вы сконцентрируетесь преждевременно или слишком сильно на применении техник, вы упустите суть КПТ.

Прежде чем выбирать и применять техники, необходимо разработать индивидуальную концептуализацию, которая напрямую свяжет когнитивно-поведенческие теории с уникальным психологическим состоянием пациента и комплексом его проблем (см. главу 3, “Оценка и формулировка”). Концептуализация случаев является важным руководством в работе когнитивных терапевтов. Другие основные компоненты КПТ включают в себя: коллективные эмпирические терапевтические отношения, искусное применение метода Сократа и эффективное структурирование и психообразование (табл. 1.4). Эта книга написана для того, чтобы вы смогли приобрести важные общие навыки в области КПТ, а также научились специфическим вмешательствам для общих психиатрических состояний. Ниже приводится краткий обзор методов лечения, которые подробно описаны в следующих главах.

Таблица 1.4. Основные методы КПТ

Ориентация на конкретные проблемы
Концептуализация индивидуального случая
Коллективные эмпирические терапевтические отношения
Вопросный метод Сократа
Использование структурирования, психообразования и репетиций для улучшения обучения
Выявление и изменение автоматических мыслей
Выявление и изменение схем
Поведенческие методы для изменения паттернов безнадежности, саморазрушающего поведения и избегания
Развитие КПТ-навыков для предотвращения рецидивов

Продолжительность терапии и ее формат

КПТ — это терапия, ориентированная на конкретные проблемы, которая часто проводится в краткосрочном формате. Лечение несложной депрессии или тревожного расстройства обычно длится от 5 до 20 сеансов. Однако при коморбидных состояниях, хронических или резистентных к лечению симптомах может потребоваться более длительная терапия. Для лечения расстройства личности, психоза или биполярного расстройства часто необходимо более 20 сеансов КПТ. Кроме того, пациенты с хроническими или повторяющимися заболеваниями получают

большую пользу, если КПТ-терапия будет интенсивно проводиться в первые месяцы лечения (с посещениями каждую неделю или раз в две недели), а далее клиницист проводит периодические бустер-сеансы с пациентом в течение более длительного периода времени. Психиатры, которые умеют применять этот метод, используют КПТ в сочетании с фармакотерапией в коротких сеансах во время поддерживающей фазы рецидивной депрессии, биполярного расстройства или других хронических заболеваний.

Традиционный сеанс КПТ обычно длится 45–50 минут. Однако продолжительность сеансов может изменяться в зависимости от потребностей пациентов, для того чтобы повысить эффективность лечения и/или улучшить результаты. Например, успешно проводились более длительные сеансы продолжительностью 90 минут и более для ускоренного лечения пациентов с тревожными расстройствами [Öst et al., 2001], также длительные сеансы бывают особенно полезными для пациентов с посттравматическим стрессовым расстройством [McLean and Foa, 2011] или обсессивно-компульсивным расстройством [Foa, 2010]. Для стационарных пациентов с психозом и другими тяжелыми симптомами, которые существенно влияют на концентрацию, обычно рекомендуются сеансы продолжительностью менее 50 минут [Kingdon and Turkington, 2004; Stuart et al., 1997; Wright et al., 2009]. Кроме того, как описано в главе 4, “Структурирование и обучение”, короткие сеансы показали свою эффективность в лечении депрессии, если они сочетаются с использованием компьютерной программы КПТ для формирования навыков [Thase et al., 2017; Wright, 2016; Wright et al., 2005].

Другой формат сокращенных сеансов терапии может быть использован психиатрами или практикующими медсестрами, которые имеют опыт в КПТ. В качестве альтернативы традиционному 50-минутному сеансу используются короткие сеансы с применением лекарств и вспомогательных средств лечения, таких как компьютерная терапия и книги по самопомощи. Психиатры Райт и Тейз, соавторы этой книги, используют формат коротких сеансов со своими пациентами и являются соавторами другой книги, *High-Yield Cognitive-Behavior Therapy for Brief Sessions: An Illustrated Guide* (Высокоэффективная когнитивно-поведенческая терапия для коротких сеансов: иллюстрированное руководство) [Wright et al., 2010], которая предназначена для клиницистов, желающих узнать об альтернативных методах лечения. Обучающимся КПТ мы рекомендуем

сначала научиться применять традиционный 45–50-минутный формат. Необходимо овладеть основными методами и иметь прочный фундамент прежде, чем пытаться сокращать продолжительность сеансов.

Ориентация на “здесь и сейчас”

Особое внимание в КПТ уделяется ориентации на конкретные проблемы, подходу “здесь и сейчас”, поскольку благодаря сосредоточению на текущих проблемах можно разработать план действий по борьбе с такими симптомами, как безнадежность, беспомощность, избегание и прокрастинация. Кроме того, когнитивные и поведенческие реакции на недавние события более доступны и поддаются проверке, чем реакции на события в далеком прошлом. Дополнительным преимуществом работы над текущей проблемой является уменьшение зависимости и регрессии в терапевтических отношениях.

Несмотря на то что КПТ-вмешательства обычно сосредоточены на текущих событиях, мыслях, эмоциях и поведении, анализ информации, включающей развитие в детстве, семейное происхождение, травмы, позитивный и негативный опыт, образование, трудовую историю и социальное влияние, имеет решающее значение для полного понимания пациента и планирования лечения.

Концептуализация случая

Усердно работая над проведением КПТ-сеансов, мы считаем, что концептуализация случая определяет каждый вопрос, каждую невербальную реакцию, каждое вмешательство и множество корректировок, которые осуществляются в терапии для улучшения общения с пациентом. Другими словами, у нас есть тщательно продуманная стратегия и мы не проводим терапию, просто полагаясь на свои инстинкты. Чтобы стать эффективным когнитивно-поведенческим психотерапевтом, необходимо практиковаться в создании формулировок, которые будут объединять информацию, полученную на основе диагностической оценки, наблюдений за уникальным опытом пациента, с когнитивно-поведенческой теорией в детальном плане лечения. Методы концептуализации конкретных случаев описываются в главе 3, “Оценка и формулировка”.

Терапевтические отношения

Ряд характеристик полезных терапевтических отношений являются общими для КПТ, психодинамической терапии, нестандартных терапий и других распространенных видов психотерапии. Сюда входят понимание, доброта и эмпатия.

Как и все хорошие терапевты, практикующие КПТ должны уметь генерировать доверие и демонстрировать самообладание под давлением. Однако от других хорошо известных терапий терапевтические отношения в КПТ отличаются тем, что они ориентированы на высокую степень сотрудничества, сильную эмпирическую направленность и использование ориентированных на действия вмешательств.

Бек и его коллеги (1979) ввели термин *коллективный эмпиризм* для описания отношений между пациентом и терапевтом в КПТ. Пациент и терапевт работают вместе как исследовательская команда, разрабатывая гипотезы о точности или ценности различных когний и поведения. Затем они вместе работают над созданием более здорового стиля мышления, развивая копинг-навыки и изменяя непродуктивные модели поведения. Когнитивно-поведенческие терапевты обычно более активны, чем те, кто практикует другие виды терапии. Они помогают структурировать сеансы, обеспечивают фидбэк и обучают пациентов развивать КПТ-навыки.

Пациентов также поощряют брать на себя значительную долю ответственности в связи со своим лечением. Их просят делиться с терапевтом фидбэком, помогать в определении повестки дня для сеансов терапии, а также работать над применением КПТ-вмешательств в повседневных ситуациях. В целом терапевтические отношения в КПТ характеризуются открытым общением, в котором используется прагматичный, коллективный подход в работе над решением проблем.

Метод Сократа

Стиль задавания вопросов, используемый в КПТ, согласуется с коллективными эмпирическими отношениями и целью, направленной на помощь пациентам в распознавании и изменении дезадаптивного мышления. *Метод Сократа (сократовские вопросы)* подразумевает задавание таких вопросов пациенту, которые будут стимулировать любопытство и любознательность. Вместо поучительного изложения пациенту

терапевтических концепций клиницист пытается вовлечь его в процесс обучения. Особым видом сократовского диалога является *направляемое открытие*, в котором терапевт задает ряд вопросов, чтобы выявить дисфункциональные паттерны мышления или поведения.

Структурирование и психообразование

В КПТ используются методы структурирования, такие как определение повестки дня и обратная связь, чтобы максимально повысить эффективность лечебных сеансов, помочь пациентам проявить усилия для восстановления и улучшить обучение. Прилагаются усилия для определения программы терапии, в которой четко будет указываться направление работы сеансов, благодаря чему можно оценить достигнутый прогресс. Вот примеры четко сформулированных пунктов повестки дня: “Разработать план возвращения на работу”, “Уменьшить напряженность в моих отношениях с сыном” или “Найти способы преодоления развода”.

Во время сеанса терапевт помогает пациенту использовать повестку дня, чтобы продуктивно изучить важные темы и избежать отступлений, которые не приведут к достижению лечебных целей. Однако терапевты свободно могут отклоняться от повестки дня, если появляются важные новые темы или идеи или если нынешняя повестка дня не приносит желаемых результатов. Как пациент, так и психотерапевт предоставляют друг другу регулярный фидбэк, чтобы проверить понимание и определить направление в работе сеансов.

В КПТ также применяются различные психообразовательные методы. Во время сеансов обычно проводится обучение, когда берутся ситуации из жизни пациента для иллюстрации концепций. Как правило, терапевт предоставляет краткие объяснения, за которыми следуют вопросы, с помощью которых пациент вовлекается в процесс обучения. Существует ряд инструментов, благодаря которым психотерапевты могут проводить психообучение, например чтение книг для самопомощи и брошюр, использование шкал оценок и компьютерных программ. Подробно эти инструменты описаны в главе 4, “Структурирование и обучение”.

Когнитивная реструктуризация

Большая часть КПТ направлена на то, чтобы помочь пациенту распознать и изменить дезадаптивные автоматические мысли и схемы. Наиболее часто используемым методом является вопросный метод Сократа. Запись мыслей также широко применяется в КПТ. Записывание автоматических мыслей часто способствует возникновению более рационального стиля мышления.

Другими широко используемыми методами являются: выявление когнитивных ошибок, изучение доказательств (анализ “за” и “против”), реатрибуция (изменение атрибуционного стиля), перечисление рациональных альтернатив и когнитивная репетиция. Последний метод направлен на использование нового стиля мышления с помощью образов или ролевой игры. Это осуществляется во время лечебных сеансов при помощи терапевта. Или, овладев методом репетиции, пациенты могут выполнять задания самостоятельно дома.

Общая стратегия когнитивной реструктуризации заключается в выявлении у пациентов автоматических мыслей и схем во время терапевтических сеансов, обучении пациентов навыкам по изменению когниций, а затем выполнении пациентами серии домашних заданий, направленных на перенесение терапевтических уроков в реальные ситуации. Повторная практика, как правило, необходима, прежде чем пациенты смогут легко изменить укоренившиеся дезадаптивные когниции.

Поведенческие методы

В модели КПТ подчеркивается, что отношения между когнициями и поведением являются двусторонними. Описанные выше когнитивные вмешательства, если они применяются успешно, вероятнее всего, благотворно повлияют на поведение. Точно так позитивные изменения в поведении будут ассоциироваться с более благоприятными прогнозами или другими желаемыми когнитивными изменениями.

Большинство поведенческих техник, используемых в КПТ, предназначено для того, чтобы помочь людям: 1) расширить участие в деятельности, которая повышает настроение; 2) изменить паттерны избегания или беспомощности; 3) постепенно начать сталкиваться с пугающими ситуациями; 4) развить копинг-навыки; и 5) уменьшить болезненные эмоции или автономное возбуждение. В главе 6, “Поведенческие методы I:

улучшение настроения, увеличение энергичности, выполнение задач и решение проблем”, и главе 7, “Поведенческие методы II: снижение тревоги и разрушение паттернов избегания”, подробно описаны эффективные поведенческие методы, применяемые для лечения депрессии и тревожного расстройства. Наиболее важные вмешательства, которым вы научитесь, — это поведенческая активация, иерархическая экспозиция (систематическая десенсибилизация), градация заданий, планирование активности и приятных событий, дыхательный тренинг и обучение расслаблению. Благодаря этим техникам вы овладеете мощными инструментами для снижения симптомов и развития позитивных изменений.

Развитие КПТ-навыков для предотвращения рецидивов

Одним из бонусов подхода КПТ является приобретение навыков, которые снижают риск рецидива. Научившись распознавать и изменять автоматические мысли, использовать общие поведенческие методы и применять другие вмешательства, описанные выше в этой главе, можно помочь пациентам справиться с будущими триггерами, вызывающими возвращение симптомов. Например, человек, который учится распознавать когнитивные ошибки в автоматических мыслях, сможет лучше избегать катастрофического мышления в стрессовых ситуациях, которое может возникнуть после окончания терапии. На заключительных этапах КПТ терапевт часто фокусируется на предотвращении рецидивов, помогая пациенту выявить потенциальные проблемы, которые, вероятнее всего, вызовут трудности. Затем используется метод репетиции для практики эффективных способов преодоления.

Чтобы проиллюстрировать подход КПТ к профилактике рецидивов, рассмотрим случай человека, которого выписали из стационара после попытки самоубийства. Несмотря на то что человек чувствует себя намного лучше и в настоящий момент не склонен к самоубийству, хороший когнитивно-поведенческий план лечения будет включать: обсуждение возможных проблем, которые могут возникнуть по возвращении домой и на работу, с последующим обучением, как реагировать на такие проблемы. С этим пациентом также будет разработан конкретный план безопасности.

Выводы

КПТ — наиболее распространенный вид психотерапии для лечения психических расстройств. Этот лечебный подход основывается на принципах, которые демонстрируют контролирующее влияние когниций на человеческие эмоции и поведение, что прослеживается в трудах философов от древних времен до настоящего времени. Конструкции, определяющие КПТ, разрабатывались Аароном Т. Беком и другими авторитетными психиатрами и психологами начиная с 1960-х годов. В КПТ проводилось большое количество эмпирических исследований, благодаря которым были изучены ее основные теории и продемонстрирована эффективность лечения.

Чтобы стать квалифицированным когнитивно-поведенческим терапевтом, нужно изучить основные теории и методы, ознакомиться с примерами КПТ-вмешательств и практиковать такой подход к лечению с пациентами. В этой главе вы познакомились с основными концепциями КПТ, такими как когнитивно-поведенческая модель, важность распознавания и изменения автоматических мыслей, роль схем в обработке информации и психопатологии и основная функция поведенческих принципов в разработке лечебных вмешательств. В следующих главах содержатся подробные описания и иллюстрации того, как заставить работать основные принципы КПТ.