

COGNITIVE BEHAVIOR THERAPY

BASICS AND BEYOND

THIRD EDITION

Judith S. Beck

Foreword by Aaron T. Beck



THE GUILFORD PRESS
New York London

ДЖУДИТ БЕК
ПРЕДИСЛОВИЕ ААРОНА БЕКА

КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ОТ ОСНОВ
К НАПРАВЛЕНИЯМ

3-Е ИЗДАНИЕ



Ассоциация
когнитивно-
поведенческой
психотерапии

2024

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие к третьему изданию книги Джудит Бек	11
Об авторе	14
Вступительное слово	15
Предисловие	17
Благодарности	19
Глава 1. Введение в когнитивно-поведенческую терапию	20
Что такое КПТ?	22
Теоретическая модель КПТ	24
Исследования в области КПТ	26
Развитие КПТ Бека	27
Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление	29
Пример когнитивной интервенции	30
Как стать эффективным когнитивно-поведенческим терапевтом	32
Как пользоваться этой книгой наилучшим образом	37
Резюме	39
Глава 2. Обзор лечения	41
Принципы лечения	41
Подводя итоги	53
Глава 3. Когнитивная концептуализация	54
Введение в когнитивную концептуализацию	54
Начало процесса концептуализации	56
Автоматические мысли помогают объяснить реакции клиента	56
Убеждения	59
Промежуточные убеждения: отношения, правила и предположения	65
Более комплексная когнитивная модель	67
Концептуализация Эйба	68
Диаграммы когнитивной концептуализации	77
Подводя итоги	90

Глава 4. Терапевтические отношения..... 92

Четыре главных правила	93
Демонстрация хороших консультативных навыков.....	95
Отслеживание настроения клиента и получение обратной связи	97
Сотрудничество с клиентами	99
Выстраивание терапевтических отношений с конкретным клиентом. .	99
Использование самораскрытия	101
Устранение проблем в терапевтических отношениях.....	103
Как помочь клиентам перенести свои новые навыки на отношения с другими.....	107
Управление негативными реакциями по отношению к клиентам.....	108
Подводя итоги	111

Глава 5. Оценочная сессия..... 112

Цели оценочной сессии	113
Структура оценочной сессии	114
Часть 1. Начало оценочной сессии.....	115
Часть 2. Проведение оценки.....	116
Часть 3. Взаимосвязь диагностических впечатлений, постановки целей и плана лечения.....	122
Часть 4. Разработка плана действий	125
Часть 5. Формирование ожиданий от лечения.....	127
Часть 6. Подведение итогов и получение обратной связи	128
Действия между оценочной и первой терапевтической сессиями. .	129
Подводя итоги	129

Глава 6. Первая терапевтическая сессия..... 131

Оценка настроения.....	133
Проверка приема лекарств и других методов лечения	135
Составление исходной повестки сессии	136
Последние данные и разбор плана действий.....	138
Диагноз и психологическое образование при депрессии	141
Выявление ценностей и устремлений	151
Постановка целей (часть 1)	155
Постановка целей (часть 2)	157
Планирование активности.....	160
Подведение итогов сессии.....	160
Обратная связь	161

Глава 7. Планирование активности..... 165

Концептуализация бездействия	166
Концептуализация недостатка мастерства и удовольствия.....	168

Составление графика активности.....	169
Виды активности	181
Как использовать диаграмму активности для оценки предположений	182
Подводя итоги	185
Глава 8. План действий	186
Составление плана действий	187
Варианты содержания плана действий	188
Как мотивировать клиентов составлять собственный план действий	190
Как повысить вероятность того, что клиент успешно выполнит план действий	191
Как спрогнозировать и предотвратить трудности с выполнением плана	196
Подводя итоги	215
Глава 9. Планирование лечения	217
Достижение терапевтических целей	218
Планирование лечения от сессии к сессии	219
Составление плана лечения	220
Планирование лечения для достижения определенной цели	221
Планирование отдельных сессий	224
Как решить, стоит ли фокусироваться на конкретной цели или проблеме	229
Помощь клиентам в выявлении проблемной ситуации	231
Подводя итоги	233
Глава 10. Структурирование сессий	235
Содержание сессий	235
Первая часть сессии	237
Средняя часть сессии	249
Финальное подведение итогов, проверка плана действий и обратная связь	253
Подводя итоги	255
Глава 11. Трудности при структурировании сессий	256
Распространенные сложности	256
Проблемы в отдельных частях сессии	262
Отклонение от повестки сессии	274
Если клиенты чувствуют себя расстроенными к концу сессии	275
Подводя итоги	276

Глава 12. Выявление автоматических мыслей277

Характеристики автоматических мыслей	278
Объяснение автоматических мыслей клиентам	282
Расширенная когнитивная модель	284
Виды автоматических мыслей	285
Трудности в распознавании автоматических мыслей	290
Обучение клиентов выявлению автоматических мыслей	294
Подводя итоги	295

Глава 13. Эмоции.....296

Как выявить и усилить положительные эмоции	297
Точное описание отрицательных эмоций	299
Оценка силы эмоций	301
Отличие автоматических мыслей от эмоций	302
Соотнесение содержания автоматических мыслей с эмоциями	305
Усиление отрицательных эмоций	306
Проверка убеждений о негативных переживаниях	307
Техники эмоциональной регуляции	308
Подводя итоги	309

Глава 14. Оценка автоматических мыслей310

Виды автоматических мыслей	310
Выбор ключевых автоматических мыслей	311
Вопросы для оценки автоматических мыслей	313
Определение результата процесса оценки	321
Концептуализация при неэффективной когнитивной реструктуризации	322
Альтернативные методы работы с автоматическими мыслями	325
Если автоматические мысли оказываются верными	332
Подводя итоги	334

Глава 15. Модификация автоматических мыслей336

Составление терапевтических заметок	337
Использование рабочих бланков	341
Если рабочий бланк оказался недостаточно полезен	348
Подводя итоги	350

Глава 16. Интеграция майндфулнесс в КПТ.....352

Что такое майндфулнесс?	353
Руминации Эйба	354
Формальные и неформальные практики осознанности	355
Работа с самим собой	356

Техники, применяемые перед знакомством с майндфулнесс	356
Знакомство клиента с практиками майндфулнесс	358
Техники, применяемые после майндфулнесс	359
Техника AWARE	360
Подводя итоги	361
Глава 17. Работа с убеждениями клиента	363
Глубинные убеждения, схемы и режимы.	364
Выявление адаптивных глубинных убеждений	372
Выявление дезадаптивных глубинных убеждений.	374
Выявление дезадаптивных промежуточных убеждений	378
Нужно ли модифицировать дисфункциональное убеждение	380
Когда следует модифицировать дисфункциональное убеждение	381
Информирование клиента относительно дисфункциональных убеждений.	382
Мотивирование клиентов к модификации дисфункциональных убеждений.	386
Подводя итоги	388
Глава 18. Модификация убеждений	390
Усиление адаптивных убеждений.	390
Модификация дезадаптивных убеждений	396
Подводя итоги	412
Глава 19. Дополнительные техники	413
Техники эмоциональной регуляции	414
Отработка навыков	416
Решение проблем	417
Принятие решений	420
Ранжирование заданий и аналогия с лестницей	422
Экспозиция	424
Ролевая игра	428
Использование техники «пирога»	428
сравнение с собой	432
Подводя итоги	433
Глава 20. Использование образов	435
Индуктирование позитивных образов.	436
Выявление негативных образов	440
Психологическое образование по поводу образов	441
Изменение спонтанных негативных образов	442
Подводя итоги	447

Глава 21. Окончание лечения и предотвращение рецидива	449
Действия в начале лечения	449
Действия на протяжении всего курса терапии	451
Действия при завершении терапии	455
Сеансы самостоятельной терапии	458
Подготовка к ухудшению после окончания лечения	460
Бустерные сессии	462
Подводя итоги	463
Глава 22. Проблемы терапии	464
Обнаружение проблемы	465
Концептуализация проблем	466
Типы проблем	467
Тупиковые ситуации	476
Решение проблем, возникших в ходе терапии	477
Подводя итоги	479
Приложение А. Ресурсы КПТ	480
Программы тренингов	480
Дополнительные ресурсы	480
Сертификация в КПТ Бека	480
Связь с Институтом Бека	481
Материалы для оценки	481
Приложение В. Описание случаев в Институте Бека	482
Часть 1. Общие данные	482
Часть 2. Историческая информация	484
Часть 3. Диаграмма когнитивной концептуализации (ДКК)	486
Часть 4. Подведение итогов концептуализации данного случая	487
Часть 5. План лечения	490
Часть 6. Курс терапии и результат	491
Приложение С. Шаги по методике AWARE	494
Приложение D. Реструктуризация значения ранних воспоминаний с помощью экспериенциальных техник	496
Список литературы	502

Предисловие к третьему изданию книги Джудит Бек

Когнитивно-поведенческая терапия применяется для лечения ментальных проблем и различного рода психических расстройств. Это направление современной психотерапии является научно и клинически обоснованным, и с каждым годом методология КПТ совершенствуется. Не так давно российская Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии совместно с издательством «Питер» выпустила русскоязычное второе (дополненное и переработанное) издание книги Джудит С. Бек «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям», и вот пришло время выхода на русском языке уже третьего издания.

Эта книга написана для читателей с любым терапевтическим опытом и уровнем психологической практики. Более того, она выступает проводником осмысления этого опыта на любом этапе развития специалиста и способствует формированию и закреплению навыков, полезных для эффективного психотерапевта.

Первое и второе издания книги были переведены на два десятка языков и стали ведущими учебниками по когнитивно-поведенческой терапии в мире, признаны базовым руководством в большинстве университетских программ по психологии, психиатрии, социальной работе и консультированию. Для многих начинающих и опытных практикующих специалистов в России и ближнем зарубежье они стали настольными книгами, раскрывающими важнейшие детали для постижения профессионального мастерства.

Мне повезло учиться у Джудит Бек, иметь удовольствие общаться с ней в Институте Бека, на международных конференциях и в переписке, войти в ее профессиональную команду — стать членом Международного консультативного комитета Института когнитивно-поведенческой терапии Бека. Поэтому, опираясь на годы продолжительного знакомства, я могу лично подтвердить, что профессор Джудит С. Бек, как и ее гениальный отец, является выдающимся ученым с мировым именем, блестящим терапевтом, чутким педагогом и опытным руково-

дителем, а также примером высочайшего профессионализма и одновременно замечательных человеческих качеств — интеллигентности, эмпатии, открытости, доброты, мудрости и такта.

Проводя семинары и курсы обучения КПТ уже более двадцати лет, я неустанно объяснял их участникам, что эту книгу придется перечитать не один раз — и с каждым разом она удивительным образом будет дарить все больше открытий и глубину понимания процессов и структуры терапии, ее изящных и точных деталей, а также мастерства исполнения.

Как справедливо отмечает Джудит Бек, дальнейшее изучение КПТ и шлифовка профессионального мастерства «будут длиться всю вашу профессиональную жизнь. Я продолжаю учиться у каждого клиента, который приходит ко мне на лечение». Эти знания, бережно накопленные и тщательно проанализированные, легли в основу нового этапа развития когнитивно-поведенческой терапии.

Третье издание книги — наряду со ставшими классическими описаниями когнитивной модели, диаграммы проблемно-ориентированной когнитивной концептуализации и системы дисфункциональных убеждений — предлагает ценные сведения о формировании терапевтических отношений, поведенческой активации, практиках осознанности и других современных техниках КПТ, а также новые идеи в клинической практике. Дополнено инновационными функциональными (адаптивными) убеждениями и концептуализацией сильных сторон. Проблемная фокусировка когнитивной концептуализации помогает увидеть механизмы патогенеза расстройства или формирования проблем, а концептуализация сильных сторон — потенциал и ресурсы саногенеза.

В новом издании уделяется внимание когнитивной терапии, ориентированной на восстановление, современной методике лечения, применяемой к пациентам, страдающим широким спектром психических расстройств, а также соматическими заболеваниями с психологической составляющей. Устремления, ценности и цели пациента создают важный контекст для когнитивно-поведенческих терапевтов — и многие из них в нашей стране с нетерпением ждут возможности подробнее познакомиться с этими новыми возможностями и ресурсами КПТ.

Эта книга раскроет вам глубину возможностей и широту применения ведущего направления терапии и практической психологии, прояснит тончайшие нюансы технологии работы с мышлением и поведением, раскроет жемчужины теории и практики, собранные за много лет одним из самых опытных специалистов современности. В качестве дополнитель-

ных материалов к этой книге можно использовать видеозаписи сессий, которые доступны по ссылке beckinstitute.org/CBTresources (на английском языке) и на канале нашей Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии (с субтитрами на русском языке) (@association_for_cbt https://www.youtube.com/channel/UC17aK_PMCRxc7SzKxmLpI4w), а также на сайте Ассоциации (<https://associationcbt.ru/>).

Всеобъемлющий многолетний труд Джудит Бек станет кладом ценной информации, надежным подспорьем и источником вдохновения и методологической поддержки как для начинающих, так и для опытных специалистов. Мы рады познакомить всех заинтересованных профессионалов с самыми свежими и практико-ориентированными знаниями на русском языке. И благодарим за такую возможность лично Джудит Бек, Аллена Миллера и весь коллектив Института Бека. И конечно, чтим память и выражаем безграничную благодарность Аарону Беку, посвятившему весь свой жизненный и профессиональный путь развитию КПТ.

Желаю всем, кто держит в руках это ценнейшее издание, увлекательного путешествия в мир когнитивной терапии и поведенческих технологий, совершенствования своих профессиональных качеств, успехов в самореализации и счастливой, наполненной жизни.

Благодарю моих коллег Алису Игоревну Ковпак, Альберта Инзиновича Муртазина и Павла Владимировича Плясова за помощь и поддержку в шлифовке перевода этой книги.

*Дмитрий Викторович Ковпак,
врач-психиатр и психотерапевт, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии
Северо-Западного государственного медицинского
университета им. И. И. Мечникова,
президент российской Ассоциации когнитивно-
поведенческой психотерапии,
вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации,
член Координационного совета Санкт-Петербургского отделения
Российского психологического общества,
член Исполнительного совета Международной ассоциации
когнитивно-поведенческой терапии, член Международного
консультативного комитета Института
когнитивно-поведенческой терапии Бека*

Об авторе

Доктор Джудит С. Бек является президентом Института когнитивно-поведенческой терапии Бека (www.beckinstitute.org), некоммерческой организации, которая проводит обучение и сертификацию в области КПТ для практикующих специалистов и организаций, предлагает онлайн-курсы по широкому спектру тем КПТ, а также занимается исследованиями в данной области.

Джудит С. Бек — клинический профессор психологии кафедры психиатрии Медицинской школы имени Перельмана Пенсильванского университета. Автор более 100 статей и отдельных глав в книгах, а также нескольких изданий для профессионалов и широкого круга читателей, в том числе книги «Когнитивная терапия для сложных случаев. Что делать, когда простые решения не работают». Провела сотни презентаций по всему миру на темы, связанные с КПТ, является соразработчиком тестов-опросников для молодежи и опросника о личностных убеждениях, удостоилась множества наград за вклад в развитие данной области. Продолжает консультировать в клинике Института Бека в пригороде Филадельфии (США).

Вступительное слово

Я рад, что третье издание книги «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям» увидело свет, ведь только за последнее десятилетие объем знаний в сфере когнитивно-поведенческой терапии вырос в несколько раз. Что же делает данную книгу столь ценной? Это адаптация различных техник психотерапии для лечения в контексте когнитивной модели (методы терапевтического воздействия, методы из терапии принятия и ответственности, диалектической поведенческой терапии, когнитивной терапии, основанной на осознанности, и др.). Важный момент — акцент на восстановлении, базирующемся на сильных сторонах. На примере терапии депрессивного клиента дается возможность просмотреть видеозаписи сессий и загрузить рабочие материалы. Второй случай, более сложный, иллюстрирует варианты лечения при возникновении трудностей.

Когда я разрабатывал когнитивную терапию в 1960–1970-х годах, то сфокусировал внимание на концептуализации и лечении пациентов в зависимости от их проблем, негативных когниций и дисфункциональных копинг-стратегий. К середине 1980-х я уже мог заявить, что когнитивная терапия достигла статуса «системы психотерапии». Она включала: 1) теорию личности и психопатологии с достоверными эмпирическими данными, подтверждающими основные постулаты; 2) модель психотерапии с набором принципов и стратегий, связанных с теорией психопатологии; 3) достоверные эмпирические данные, основанные на изучении клинических исходов лечения для подтверждения эффективности данного подхода.

Сегодня мы изменили фокус внимания в лечении и концептуализации. При всей важности проработки негативных аспектов индивидуального опыта столь же важно концептуализировать устремления, ценности, цели, сильные стороны и ресурсы пациента для совершения конкретных шагов. Большое значение имеет также предвосхищение препятствий на пути к реализации этих шагов, использование базовых

навыков КППТ (когнитивная реструктуризация, решение проблем и отработка навыков) для преодоления этих препятствий, а также умение делать позитивные выводы из своего опыта.

Третье издание предлагает читателям свежий взгляд на КППТ XXI века. С учетом огромного объема данных новых исследований считаю очень важным, что в книгу включены новые способы концептуализации и лечения.

Область применения методов КППТ к клиентам с психологическими или психиатрическими нарушениями гораздо шире, чем я мог представить себе, когда занимался лечением своих первых депрессивных и тревожных клиентов. Доктор Джудит С. Бек, будучи подростком, была одним из первых слушателей моих лекций, на которых я разъяснял мою новую теорию. Данная книга поможет начинающим терапевтам освоить наиболее актуальные методики этого направления терапии. Опытным же в традиционной КППТ терапевтам будет полезна для оттачивания навыков концептуализации, расширения диапазона терапевтических техник, планирования более эффективного лечения и решения трудностей в ходе терапии. Конечно, никакая книга не заменит супервизию в КППТ. Однако она обогатит опыт, полученный на супервизиях.

Доктор Джудит Бек — высококвалифицированный специалист: за последние 35 лет она провела сотни семинаров и тренингов по всему миру и онлайн, занималась супервизией как начинающих, так и опытных терапевтов, участвовала в разработке протоколов лечения различных расстройств, а также в исследованиях из области КППТ. Этот опыт позволил ей написать книгу, ставшую кладом информации по данной теме (более ранние ее издания уже считались важнейшим руководством для обучения в сфере психологии, психиатрии, социальной работы и программах психологического консультирования).

Применять КППТ на практике непросто. Слишком много специалистов в области психического здоровья называют себя КППТ-терапевтами, но не знают даже базовых понятий и не имеют навыков лечения. Цель издания этой книги — обучение и тренировка как новичков, так и опытных терапевтов в области КППТ. И Джудит Бек отлично справилась с этой миссией.

Доктор Аарон Т. Бек

Предисловие

С волнением и радостью представляю вам третье издание книги «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям». Перед тем как начать работу, я попросила практикующих психотерапевтов по всему миру прислать отзывы о втором издании: что хотелось бы улучшить? Что из предложенного в книге работает, а что — нет? Полученные ответы помогли подготовить необходимые изменения и дополнения. Третье издание учитывает мнения моих читателей и отражает результаты последних исследований в области когнитивно-поведенческой терапии.

Читатели не раз отмечали, что в качестве примера основного клинического случая хотели бы увидеть более сложного пациента. В данном издании клиент с условным именем Эйб страдает от более тяжелой формы депрессии, чем Салли, рассказ о которой приводится во втором издании. Помимо депрессии, Эйб борется с умеренной тревожностью и сопутствующими ей проблемами, такими как трудности при устройстве на работу и недавний развод. Я также включила второй клиентский пример — Марию, у которой наблюдаются черты пограничного расстройства личности. По ссылкам, приведенным в книге, вы можете посмотреть видеозаписи частичных или полных сессий терапии с Эйбом и загрузить рабочие бланки.

Другое важное нововведение заключается в том, что я пересмотрела большую часть материала, чтобы включить в книгу как традиционный подход, так и подход, ориентированный на восстановление. Когнитивная терапия, ориентированная на восстановление (КТОВ, КТ-В, англ. СТ-R), — это современная, научно обоснованная терапия, применяемая к пациентам, у которых диагностировано тяжелое психическое заболевание, включая шизофрению (многие из этих пациентов находились на стационарном лечении десятилетиями). КТОВ разработали мой отец, доктор Аарон Т. Бек, и его исследовательско-консультативная группа (входит в состав Института когнитивно-поведенческой терапии Бека и в настоящее время продолжает работать в этом направлении).

Я вместе с другими клиницистами и преподавателями адаптирую этот подход для практического применения при работе с клиентами, которым госпитализация не требуется, но они страдают психическим расстройством, имеют психологические проблемы или соматические заболевания с психологическим компонентом. В рамках подхода, ориентированного на восстановление, мы концентрируемся на том, чтобы определить ценности и устремления клиента (равно как и смысл этих устремлений) и помочь создать ощущение осмысленности в их жизни, расширить их возможности. Также мы сосредоточены на том, чтобы помочь клиентам сделать позитивные выводы относительно самих себя, других людей и собственного будущего, поэтому определяем и развиваем их положительные качества, навыки и внутренние ресурсы. Мы делаем акцент на переживании положительных эмоций как на наших сессиях, так и в жизни. Мы ожидаем, что в последующие годы подход, ориентированный на восстановление, сыграет значительную роль в формировании будущего когнитивно-поведенческой терапии и психотерапии в целом.

Наконец, в данном издании я использую более персонализированный подход. Когда я провожу семинары в Институте Бека в Филадельфии или онлайн-курсы, иной раз люблю упомянуть какой-нибудь забавный случай из моей практики. Бывает, приглашаю слушателей поучаствовать в интерактивных упражнениях (например, в ролевой игре с другим участником), ответить на вопросы, а также представить свои клинические случаи для получения обратной связи и обсуждения. Большинство участников считают эти интерактивные элементы полезными. В третьем издании книги я даю рекомендации, основанные на моей клинической практике, предлагаю вопросы для рефлексии и практические упражнения, чтобы читатели лучше освоили материал.

Надеюсь, чтение доставит вам такое же удовольствие, какое доставило мне написание этой книги. Я всегда говорю, что изучение КПТ — это дело всей жизни. На каком бы отрезке этого пути вы ни находились, надеюсь, книга вдохновит вас на дальнейшее изучение когнитивно-поведенческой терапии.

Благодарности

Аарон Бек, мой отец, в свои 98 лет все еще обучает меня когнитивно-поведенческой терапии. Недавно он и коллеги из Института когнитивно-поведенческой терапии Бека в Филадельфии разработали когнитивную терапию, ориентированную на восстановление (КТОВ), для клиентов с серьезными психическими нарушениями и в настоящее время проводят исследования в этой области. Я применяю КТОВ при работе с амбулаторными пациентами в нашей клинике. Я очень воодушевлена этими новыми разработками, акцент в которых делается на мотивации клиентов (путем выявления их устремлений, ценностей и целей), фокусировании внимания на их сильных сторонах и внутренних ресурсах, помощи в преодолении препятствий на пути к достижению целей, а также на позитивных выводах из их личного опыта. Я благодарна моему отцу и всей команде, возглавляемой Полом Грантом и Эллен Инверсо, за новый подход, который я включила в эту книгу.

Мне повезло работать с командой превосходных специалистов — Робом Хайндмэном, Норманом Коттереллом, Френ Бродер и Алленом Миллером. Они ведут клиентов, занимаются преподаванием, проводят супервизию для специалистов (новичков и экспертов) и участвуют в разработке программ обучения. Наши еженедельные обсуждения клинических случаев моих клиентов постоянно открывают для меня что-то новое. Они и Брианна Блисс помогли сделать эту книгу лучше.

Я благодарна Лизе Поут, которая превратила Институт Бека в тренинговый и ресурсный центр мирового значения, а также Китти Мур из издательства «Гилфорд Пресс», которая является моим другом и издателем вот уже 25 лет. Огромное спасибо моему мужу, Ричарду Бьюсису, который каждый день поддерживал меня, а также внес в рукопись необходимые правки.

Огромная признательность моей замечательной помощнице Саре Флеминг, которая помогла мне довести эту книгу до печати.

Спасибо вам всем!

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ

Эйб* — 55-летний разведенный мужчина, потомок выходцев из Европы. Он страдает от тяжелой депрессии уже два года, что сопровождается серьезными трудностями на работе и в семейной жизни. К тому времени, когда мы начали курс лечения, он нигде не работал и жил как затворник: смотрел телевизор, сидел в интернете или играл в компьютерные игры.

За восемь месяцев мы с Эйбом провели 18 сессий с использованием концептуализации и техник, присущих традиционной когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и когнитивной терапией, ориентированной на восстановление (КТОВ). (О когнитивной терапии, ориентированной на восстановление, рассказывается на протяжении всей книги.) Сначала я провела диагностическую оценку. На следующей, первой сессии курса терапии я сообщила Эйбу результаты диагностики, рассказала о КПТ, терапевтическом процессе и предполагаемом плане лечения. Я спросила о его устремлениях (какой он хотел бы видеть свою жизнь) и ценностях (что для него действительно важно). Затем мы определили цели. Эйб хотел стать уверенным в себе человеком, стойким перед лицом проблем, более оптимистично смотреть на жизнь и помогать другим людям. Если более конкретно, то для него было важно лучше вести домашнее хозяйство, найти работу, наладить отношения с бывшей женой и детьми, восстановить связи с друзьями, вновь начать ходить в церковь

* Я изменила имя пациента и некоторые основные его черты. — *Примеч. авт.*

и вернуться в хорошую физическую форму. Мы обсудили, что он может сделать уже на следующей неделе, и выработали «План действий» (терапевтическое «домашнее задание»). Затем я попросила Эйба оценить эту сессию.

На каждой последующей сессии фокус внимания в основном был на том, чтобы помочь Эйбу определить его цели в рамках данной сессии, решить, какие шаги можно предпринять на следующей неделе, выработать решения в случае возникновения препятствий и повысить позитивный настрой. Часто мы занимались решением проблем и развитием навыков, особенно тех, которые имели отношение к изменению депрессивного образа мышления и поведения. На занятиях с Эйбом я не только применяла корректирующие вмешательства, но и обучала его тому, как использовать эти навыки самостоятельно, повышать жизнестойкость и предотвращать рецидивы депрессии. Структурированность сессий и техники, которые мы использовали, имели большое значение, так же как и развитие хороших терапевтических отношений. Далее вы более подробно узнаете и об Эйбе, и о ходе его лечения.

Кроме того, вы познакомитесь с Марией*. Ей 37 лет. Она страдает от рецидивирующей тяжелой депрессии, и у нее наблюдаются признаки пограничного расстройства личности. Ее лечение было более комплексным и длилось гораздо дольше. Мария сама себе казалась беспомощной, ущербной, непривлекательной и эмоционально уязвимой. Окружающих она сразу воспринимала как настроенных критически, равнодушных и способных причинить ей боль. Эти убеждения часто давали о себе знать на наших сессиях. Поначалу Мария относилась ко мне с подозрением и постоянно была настороже, как бы я ей не навредила. С ней было гораздо сложнее установить крепкие терапевтические отношения. Ее тревожность насчет терапии и в отношении меня мешала полному вовлечению в процесс лечения. Если лечение

* Я изменила имя пациентки и некоторые основные ее черты. — *Примеч. авт.*

Эйба — пример стандартного подхода, то в случае с Марией мне пришлось адаптировать курс лечения под нее.

В этой главе вы найдете ответы на следующие вопросы:

Что такое КПТ?

На какой теории основана КПТ?

Что говорят исследования об эффективности КПТ?

Как разрабатывалась КПТ?

Что такое КТОВ?

Как выглядит типичное когнитивное вмешательство?

Как можно стать эффективным КПТ-терапевтом?

Как использовать эту книгу наилучшим образом?

ЧТО ТАКОЕ КПТ?

В 1960-х и 1970-х годах Аарон Бек разработал новый вид психотерапии, который назвал когнитивной терапией (этот термин часто используется как синоним когнитивно-поведенческой терапии). Бек создал структурированную, краткосрочную, ориентированную на решение текущих проблем психотерапию для лечения депрессии (Beck, 1964). С тех пор он и его коллеги по всему миру успешно адаптировали эту терапию к разным группам населения с широким диапазоном расстройств и проблем, применяя ее с различными параметрами и в разных форматах. В процессе этой адаптации менялись фокус, техники и длительность лечения, но теоретические положения оставались неизменными.

Во всех формах КПТ, основанных на когнитивной модели Бека, клиницисты базируют лечение на когнитивной формулировке: дезадаптивных убеждениях, поведенческих стратегиях и поддерживающих факторах, которые характеризуют конкретное расстройство (Alford & Beck, 1997). Вам предстоит также проводить терапию, основываясь на концептуализации,

или понимании каждого клиента, характерных именно для него глубинных убеждениях и паттернов поведения. Одним из негативных базовых убеждений Эйба было следующее: «Я неудачник». Он использовал разнообразные виды охранительного поведения, чтобы его (предполагаемая) некомпетентность или несостоятельность была не столь очевидной. Ирония, однако, заключалась в том, что это избегание только укрепило его убежденность в том, что он неудачник.

Будучи психоаналитиком по образованию, для разработки нового вида психотерапии Бек использовал множество источников, включая труды древних философов (например, Эпиктета), и теоретиков психологии — Карен Хорни, Альфреда Адлера, Джорджа Келли, Альберта Эллиса, Ричарда Лазаруса, Альберта Бандуры и многих других. Работа Бека, в свою очередь, была расширена исследователями и теоретиками как в США, так и за границей, настолько многочисленными, что перечислить их всех не представляется возможным. Исторические обзоры данной области знаний дают подробное описание того, как зарождались и развивались различные направления КПТ (Arnkoff & Glass, 1992; Beck, 2005; Dobson & Dozois, 2009; Thoma et al., 2015).

Некоторые виды КПТ имеют общие черты с психотерапией Бека, но их концептуализации и акценты в лечении в некоторой степени отличаются. К таким видам относятся рационально-эмотивная поведенческая терапия (Ellis, 1962), диалектическая поведенческая терапия (Linehan, 1993), терапия, сфокусированная на решении проблем (D’Zurilla & Nezu, 2006), терапия принятия и ответственности (Hayes, Follette, & Linehan, 2004), экспозиционная терапия (Foa & Rothbaum, 1998), терапия когнитивной переработки (Resick & Schnicke, 1993), психотерапия когнитивно-поведенческого анализа (McCullough, 1999), поведенческая активация (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980; Martell, Addis, & Jacobson, 2001), когнитивно-поведенческая модификация (Meichenbaum, 1977) и другие направления. Виды КПТ, основанные на когнитивной модели Бека, часто вбирают в себя техники, разработанные в каждом из этих направлений,

а также из других научно обоснованных видов психотерапии. С течением времени вам будет полезно узнать больше о других научно обоснованных вмешательствах, однако сделать это в процессе обучения КПТ достаточно сложно. Я бы порекомендовала вам сначала овладеть основами КПТ, а уже затем изучить дополнительные техники, с которыми можно работать в рамках когнитивной концептуализации.

КПТ была адаптирована для клиентов с разным уровнем образования и дохода, разной культурной принадлежности и разного возраста — от детей до пожилых людей. Сегодня ее применяют в клиниках и больницах, в школах, при разработке профессиональных программ и в реабилитации заключенных. Она используется в формате групповой, парной и семейной работы. Несмотря на то что в этой книге описывается индивидуальный формат лечения амбулаторных пациентов с сессиями продолжительностью 45–50 минут, терапевтическое взаимодействие может быть и более коротким. Сессии обычной продолжительности не подходят для некоторых клиентов, например для пациентов, госпитализированных с тяжелой шизофренией. Поэтому некоторые специалисты применяют техники когнитивной терапии в рамках коротких медицинских или реабилитационных мероприятий либо в ходе консультаций с целью проверки эффективности медикаментозных назначений. Помогаящие специалисты без специального образования могут использовать специально адаптированные техники КПТ.

ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ КПТ

Если кратко, то *когнитивная модель* предполагает, что дисфункциональное мышление (которое влияет на настроение и поведение) является общим для всех психических расстройств. Когда в результате обучения люди начинают оценивать свои мысли более реалистично, у них наблюдается снижение интенсивности негативных эмоций и дисфункционального поведения. Например, если вы находитесь в подавленном состоянии и испытываете

трудности с тем, чтобы сосредоточиться и оплатить счета, у вас может возникнуть автоматическая мысль — идея (выраженная в словах или образах), которая внезапно появляется в голове как будто ни с того ни с сего: «Я ничего не могу сделать правильно». Эта мысль вызывает определенную реакцию: вы можете почувствовать грусть (эмоция) и забраться под одеяло (поведение).

В традиционной КПТ ваш терапевт, скорее всего, поможет вам оценить *валидность* этой мысли, и вы поймете, что сделали сверхобобщение и на самом деле многие дела выполняете хорошо, несмотря на депрессию. Взгляд на ваш опыт с новой точки зрения может улучшить ваше настроение и позволит действовать более эффективно (например, начать оплачивать счета). В терапии, ориентированной на восстановление, терапевт поможет вам оценить автоматические мысли. Однако в фокусе здесь будут находиться не те когниции, которые уже возникли, а те, которые появятся в течение следующей недели и могут помешать осуществлению шагов для достижения конкретной цели.

Когниции (как адаптивные, так и дезадаптивные) проявляются на трех уровнях. Автоматические мысли (например, «Я слишком устал, чтобы что-нибудь делать») находятся на поверхностном уровне. У вас имеются также промежуточные убеждения, например условные предположения («Если я попробую завязать отношения, меня отвергнут»). На самом глубоком уровне находятся глубинные убеждения относительно себя, других людей и мира в целом («Я беспомощен», «Другие люди навредят мне», «Мир опасен»). Для долгосрочного улучшения эмоционального состояния и поведения вам предстоит работать на всех трех уровнях. Модификация автоматических мыслей и лежащих в их основе дисфункциональных убеждений приводит к устойчивым изменениям.

Допустим, что вы постоянно недооцениваете свои способности. В этом случае у вас, возможно, есть глубинное убеждение о некомпетентности (категория беспомощности). Модифицировав это убеждение (то есть научившись видеть себя в более реалистичном свете), вы измените свое восприятие

конкретных ситуаций, с которыми сталкиваетесь ежедневно. У вас не будет так много мыслей, связанных с некомпетентностью. Вместо этого вы, скорее всего, подумаете: «Мне не очень удается это [конкретное задание]». Кроме того, в терапии, ориентированной на восстановление (КТОВ), важно развивать реалистичные позитивные автоматические мысли (например: «У меня хорошо получается делать многие вещи»), а также позитивные промежуточные и глубинные убеждения (например: «Если я буду настойчив, то наверняка научусь тому, что мне нужно», «У меня есть достоинства и недостатки, как и у всех остальных»).

ИССЛЕДОВАНИЯ В ОБЛАСТИ КПТ

Исследования в области КПТ проводятся постоянно с момента публикации первых результатов в 1977 году (Rush et al., 1977). На данный момент более 2000 исследований продемонстрировали эффективность КПТ в работе с широким спектром психических расстройств, психологических проблем и соматических заболеваний с психологической составляющей. Многие исследования также показали, что КПТ снижает тяжесть симптомов в будущем. Работа фон Брахель и ее коллег (2019), например, продемонстрировала, что состояние амбулаторных пациентов с целым рядом психических расстройств, проходивших курс лечения КПТ, продолжало улучшаться в течение 5–20 лет после окончания терапии — это более высокий результат, чем у пациентов, получавших медикаментозное лечение при целом ряде психических расстройств. (О метаанализах и обзорах КПТ см.: Butler et al., 2006; Carpenter et al., 2018; Chambless & Ollendick, 2001; Dobson et al., 2008; Dutra et al., 2008; Fairburn et al., 2015; Hanrahan et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Hollon et al., 2014; Linardon et al., 2017; Magill & Ray, 2009; Matusiewicz et al., 2010; Mayo-Wilson et al., 2014; Öst et al., 2015; Wuthrich & Rapee, 2013. Перечень состояний, при которых КПТ доказала свою эффективность, см.: www.div12.org/psychological-treatments/treatments, www.nice.org.uk/

about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines. Об исследованиях в области КТОВ см.: Beck et al., in press; Grant et al., 2012, 2017.)

РАЗВИТИЕ КПТ БЕКА

В конце 1950-х годов доктор Бек был дипломированным психоаналитиком; его клиенты высказывали свободные ассоциации, возлежав на кушетке, а он интерпретировал их. Бек понял, что для того, чтобы психоанализ серьезно воспринимался в научном сообществе, необходимо подтвердить истинность психоаналитических концепций экспериментально. В начале 1960-х Бек решил проверить психоаналитическую концепцию о том, что депрессия является результатом враждебности, направленной на собственное «Я».

Он изучил сновидения страдавших депрессией пациентов, в которых, как он предполагал, враждебность должна была проявляться в большей степени, чем у пациентов без депрессии. К его удивлению, обнаружилось, что сновидения пациентов с депрессией редко содержали идеи враждебности, но гораздо чаще в них присутствовали идеи дефективности, лишений и потерь. Он установил, что во время бодрствования пациенты продолжали думать на эти же темы. Результаты других исследований, которые провел Бек, убедили его в том, что ошибочной является и другая связанная с этим психоаналитическая концепция, согласно которой пациенты с депрессией испытывают потребность страдать (Бек, 1967). В тот момент, казалось, стройные ряды костяшек домино посыпались один за другим. Если эти психоаналитические концепции были неверны, как иначе объяснить депрессию?

По мере того как доктор Бек выслушивал все новых и новых пациентов, он стал отчетливо понимать, что они демонстрируют два типа мышления: поток свободных ассоциаций и поток быстрых оценочных суждений, в основном о самих себе. Например, одна женщина описывала свой сексуальный опыт. В конце сессии

она неожиданно сообщила, что почувствовала тревогу. Доктор Бек интерпретировал это так: «Вы подумали, что я вас осуждаю». Пациентка не согласилась: «Нет, я боялась, что *наскучила* вам». Опросив других пациентов с депрессией, доктор Бек выяснил, что у всех появлялись автоматические негативные мысли, тесно связанные с их эмоциями. Он начал помогать своим клиентам выявлять, оценивать и реагировать на нереалистичные и дезадаптивные мысли. После этого состояние пациентов быстро улучшалось.

Тогда доктор Бек начал обучать ординаторов-психиатров, работавших в психиатрическом отделении Пенсильванского университета, применять этот вид лечения. Они также обнаружили, что их пациенты хорошо реагируют на терапию. Доктор медицины А. Джон Раш, который ныне стал ведущим специалистом в области лечения депрессии, обсудил с доктором Беком возможность провести исследования по результатам лечения. Они пришли к единодушному заключению, что подобное исследование необходимо для того, чтобы продемонстрировать эффективность когнитивной терапии. Их рандомизированное контролируемое исследование страдающих депрессией пациентов, выполненное в 1977 году, доказало, что когнитивная терапия была столь же эффективна, как и применение имипрамина, распространенного антидепрессанта. Поразительные результаты. Это один из первых случаев, когда разговорная терапия сравнивалась с медикаментозным лечением. В другом исследовании, проведенном вскоре после первого, когнитивная терапия показала более высокую эффективность, чем имипрамин, в предотвращении рецидивов. Через два года (в 1979-м) Бек и его коллеги опубликовали первое руководство по когнитивной терапии.

Начиная с конца 1970-х годов доктор Бек и его коллеги, получившие докторскую степень в Пенсильванском университете, приступили к изучению тревожности, употребления психоактивных веществ, расстройств личности, проблем в совместной жизни, враждебности, биполярного расстройства и других состояний,

используя тот же процесс. Вначале они проводили клинические наблюдения за этим расстройством: выявляли поддерживающие факторы и ключевые когниции (мысли и лежащие в их основе убеждения, эмоции и поведение). Далее они проверяли свои теории, адаптировали лечение и проводили рандомизированные контролируемые исследования. И теперь, спустя несколько десятилетий, доктор Бек, я и наши коллеги-исследователи по всему миру продолжают изучать, дополнять, адаптировать и проверять систему лечения пациентов, страдающих от расстройств, список которых постоянно расширяется. Сегодня КПТ преподается в большинстве университетов США и во многих других странах. Этот вид терапии является наиболее широко практикуемым в мире (David et al., 2018; Knapp et al., 2015).

КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ

В последние десятилетия в сфере психического здоровья появилась инновация: восстановительное направление, которое сначала развивалось как подход, являющийся альтернативой медикаментозному лечению пациентов, у которых были диагностированы серьезные психические расстройства. В настоящее время Аарон Бек, наши коллеги из Института когнитивно-поведенческой терапии Бека и я совершенствуем ориентированную на восстановление терапию, чтобы применять ее у пациентов с широким диапазоном расстройств. КТОВ как адаптация традиционной КПТ использует когнитивную модель как теоретическую основу для концептуализации пациентов, планирования и проведения их лечения. Еще она делает дополнительный акцент на когнитивной концептуализации *адаптивных* убеждений клиента и его поведенческих стратегий, а также на факторах, способствующих повышению настроения. КТОВ делает упор скорее не на симптомы и психопатологию, а на достоинства,

то есть сильные стороны человека (личные качества, навыки и внутренние ресурсы).

В рамках подхода, ориентированного на восстановление, для составления плана лечения я выявила и концептуализировала устремления и ценности Эйба. К примеру, семья была очень важна для Эйба, и, несмотря на глубокую депрессию, он был готов приложить усилия, чтобы больше общаться с детьми. Мы наметили целый ряд действий, которые Эйб мог бы предпринять между нашими сессиями (они вовлекли бы его в работу и помогли ему *сделать положительные заключения об этом опыте*). Мы развивали позитивные когниции и воспоминания и использовали терапевтические отношения наряду со множеством техник, чтобы укрепить адаптивное глубинное убеждение о себе и выработать положительный эмоциональный фон как на сессиях, так и вне их.

Одно из различий между КПТ и КТОВ — временная ориентация. В традиционной КПТ обсуждаются проблемы, возникшие на прошедшей неделе, и для их решения применяются техники КПТ. В КТОВ в центре внимания — устремления клиента, направленные в будущее, связанные с ними ценности и шаги, которые они могут предпринимать на пути к своим целям. Обычные техники КПТ используются для преодоления трудностей, с которыми сталкиваются клиенты, когда делают эти шаги.

ПРИМЕР КОГНИТИВНОЙ ИНТЕРВЕНЦИИ

Ниже приведен фрагмент сессии терапии Эйба. Он дает понятие о типичной интервенции в КПТ. Прежде всего мы согласовываем, что будем говорить о цели, над достижением которой Эйбу хотелось бы работать. Мы обсуждаем шаги, которые он может предпринять, и препятствия, которые могут встретиться на его пути.

Джулиан: Вы хотели начать с разговора о вашей цели найти работу?

Эйб: Да, мне очень нужны деньги.

Джугит: Какой шаг вы хотели бы предпринять на следующей неделе?

Эйб (*вздыхает*): Наверное, мне нужно обновить резюме.

Джугит: Это важно. [Начинаем решать проблему.] И с чего начнете?

Эйб: Не знаю. Сколько лет уж я в него не заглядывал.

Джугит: Вы знаете, где оно?

Эйб: Да, но я не знаю, что в нем написать.

Джугит: Каким образом вы можете это узнать?

Эйб: Наверное, нужно посмотреть в интернете. Но в последнее время мне трудно сосредоточиться.

Джугит: Может быть, будет лучше поговорить с кем-нибудь, кто знает о том, как составлять резюме, больше вас?

Эйб: Да. (*Подумав.*) Я мог бы поговорить с сыном.

Джугит: Что вы думаете о том, чтобы позвонить ему сегодня? Что может этому помешать?

Эйб: Не знаю. Я должен быть способен сам понять, что делать, не беспокоя его.

Джугит: Это интересная идея — то, что вы должны быть способны это понять. У вас большой опыт чтения резюме других людей?

Эйб: Нет, я не помню, чтобы когда-нибудь читал чье-либо резюме.

Джугит: Как вы думаете, сильно ли вы побеспокоите своего сына?

Эйб: Думаю, не очень.

Джугит: Что было бы неплохо напомнить самому себе перед тем, как звонить ему?

Эйб: Что у него больше опыта составления резюме, чем у меня. Что он согласится помочь мне.

Джугит (*хваля Эйба*): Отлично. Вы можете позвонить ему сегодня?

Эйб: Лучше вечером.

Эйб с легкостью смог выявить и отреагировать на неконструктивную мысль, которая могла стать препятствием на пути к значимой цели. Я попросила его представить себе, что с помощью сына он успешно обновит свое резюме. Затем я спросила его, какие эмоции он испытывал, представляя это, и помогла ему сформировать позитивный взгляд. (Некоторым клиентам, которые сталкиваются с подобными проблемами, может понадобиться больше усилий со стороны терапевта, чтобы они смогли изменить свое поведение.)

КАК СТАТЬ ЭФФЕКТИВНЫМ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИМ ТЕРАПЕВТОМ

Надеюсь, что вы стремитесь стать высокопрофессиональным терапевтом и помогать сотням и даже тысячам пациентов. Это поможет вам продолжать настойчиво добиваться своей цели, даже если во время прочтения этой книги вас охватит беспокойство. Помните: когнитивная модель предполагает, что и у вас могут быть негативные мысли. Книга даст вам инструменты, с помощью которых можно воздействовать на подобные неконструктивные переживания. В то же время она помогает наметить определенные цели, касающиеся изучения данного материала, и очертить круг препятствий, с которыми вы можете столкнуться, предпринимая необходимые для этого шаги. Убедитесь, что вы уверены в своих силах.

Хочу, чтобы вы знали: когда я только начинала применять КПТ, то была отнюдь не высококласным терапевтом. Да и могло ли быть по-другому? До этого я никогда не применяла психотерапию. Если вы только начинаете осваивать КПТ, не торопитесь. Вы в хорошей компании. Хвалите себя за каждую пройденную главу. Также отметьте свои успехи в ответах на вопросы для размышлений и выполнении практических упражнений, которые вы найдете в конце каждой главы. Сравнивайте себя с коллегами своего уровня, а не с экспертами в области КПТ.

В КПТ мы часто используем аналогии и метафоры (Stolt et al., 2010). Вот пример, который может пригодиться и вам.

«Помните ли вы, как учились водить автомобиль или играть на музыкальном инструменте? Не чувствовали ли вы себя поначалу немного неуклюжими [не в своей тарелке]? Приходилось ли вам уделять много внимания действиям, которые сейчас совершаются автоматически? Чувствовали ли вы себя обескураженными [удрученными]? По мере того как вы набирались опыта, этот процесс приобретал смысл — и вы