

# Оглавление

<b>Предисловие</b> .....	<b>9</b>
<b>Предисловие научного редактора русского издания</b> .....	<b>12</b>
<b>Введение</b> .....	<b>15</b>
<b>Глава 1. Введение в когнитивно-поведенческую терапию</b> .....	<b>17</b>
Что представляет собой когнитивно-поведенческая терапия? .....	18
Какая теория лежит в основе когнитивно-поведенческой терапии? .....	19
О чем говорят исследования? .....	20
Как развивалась когнитивно-поведенческая терапия Бека? .....	22
Каковы основные принципы лечения? .....	23
Как проходит терапевтическая сессия? .....	29
Как развивается когнитивно-поведенческий терапевт .....	30
Как пользоваться этой книгой .....	32
<b>Глава 2. Обзор лечения</b> .....	<b>36</b>
Выстраивание терапевтических отношений .....	36
Планирование лечения и структурирование сессий .....	40
Выявление дисфункциональных когниций и реагирование на них .....	42
Акцент на положительном опыте .....	46
Содействие когнитивным и поведенческим изменениям между сессиями (домашние задания) .....	47
<b>Глава 3. Когнитивная концептуализация</b> .....	<b>49</b>
Когнитивная модель .....	50
Убеждения .....	52
Соотношение поведения и автоматических мыслей .....	57
<b>Глава 4. Оценочная сессия</b> .....	<b>67</b>
Цели оценочной сессии .....	68
Структура оценочной сессии .....	69
Как начать оценочную сессию .....	69
Фаза оценки .....	70
Завершение оценки .....	74
Привлечение члена семьи .....	74
О ваших впечатлениях .....	74
Постановка первоначальных целей лечения и разъяснение плана лечения .....	75
Ожидания от лечения .....	77
Разработка исходной когнитивной концептуализации и плана лечения ..	79
<b>Глава 5. Структура первой терапевтической сессии</b> .....	<b>81</b>
Цели и структура первой терапевтической сессии .....	81
Определение повестки дня .....	83
Оценка настроения .....	84

Оценка изменений	86
Обсуждение диагноза	87
Выявление проблем и постановка целей	91
Знакомство пациента с когнитивной моделью	93
Обсуждение проблемы или поведенческая активация	97
Подведение итогов сессии и домашнее задание	97
Обратная связь	99
<b>Глава 6. Поведенческая активация</b>	103
Концептуализация бездействия	103
Концептуализация нехватки ощущения удовлетворения и удовольствия	104
Использование графика активности для оценки точности предсказаний пациентов	122
<b>Глава 7. Вторая и последующие сессии: структура и формат</b>	125
Первая часть сессии	126
Основная часть сессии	137
Финальное подведение итогов и обратная связь	144
Третья и последующие сессии	146
<b>Глава 8. Трудности структурирования терапевтической сессии</b>	149
Когниции терапевта	149
Как перебивать пациента	150
Социализация пациента	151
Вовлечение пациента	151
Укрепление терапевтического союза	152
Оценка настроения	153
Оценка произошедшего за неделю	155
Связь между сессиями	156
Проверка домашнего задания	159
Обсуждение пунктов повестки дня	159
Новое домашнее задание	161
Финальное подведение итогов	161
Обратная связь	162
<b>Глава 9. Выявление автоматических мыслей</b>	163
Характеристики автоматических мыслей	163
Как объяснить природу автоматических мыслей пациенту	166
Выявление автоматических мыслей	168
Обучение пациентов выявлению автоматических мыслей	181
<b>Глава 10. Выявление эмоций</b>	184
Отличие автоматических мыслей от эмоций	185

Трудности в назывании эмоций .....	188
Оценка силы эмоции .....	190
Использование силы эмоций для планирования терапии .....	191
<b>Глава 11. Оценка автоматических мыслей .....</b>	<b>193</b>
Выбор ключевых автоматических мыслей .....	193
Вопросы, помогающие оценить автоматические мысли .....	196
Альтернативные методы оценки мыслей .....	204
Когда автоматические мысли оказываются правдой .....	209
Обучение пациентов оценке мышления .....	211
Короткий путь: отказ от вопросов .....	212
<b>Глава 12. Реагирование на автоматические мысли .....</b>	<b>214</b>
Проверка терапевтических заметок .....	214
Оценка и реагирование на новые автоматические мысли между сессиями .....	218
Форма «Проверка автоматических мыслей» .....	223
Когда заполнение формы не помогает .....	223
Другие способы реагирования на автоматические мысли .....	225
<b>Глава 13. Выявление и изменение промежуточных убеждений .....</b>	<b>226</b>
Когнитивная концептуализация .....	226
Модификация убеждений .....	241
<b>Глава 14. Выявление и модификация глубинных убеждений .....</b>	<b>257</b>
Категоризация глубинных убеждений .....	260
Выявление глубинных убеждений .....	263
Представление глубинных убеждений пациентам .....	264
Информирование пациентов о природе глубинных убеждений и отслеживание их действия .....	265
Создание нового глубинного убеждения .....	269
Укрепление нового глубинного убеждения .....	270
Модификация негативных глубинных убеждений .....	272
Бланк работы с глубинными убеждениями .....	272
<b>Глава 15. Дополнительные когнитивные и поведенческие техники .....</b>	<b>286</b>
Решение проблем и отработка навыков .....	286
Принятие решений .....	288
Рефокусирование .....	291
Оценка настроения и поведения с помощью графика активности .....	293
Релаксация и осознанность .....	294
Техника последовательного приближения .....	295
Экспозиция .....	296
Ролевые игры .....	297

Техника «пирог» .....	299
Сравнение с самим собой и списки достижений .....	304
<b>Глава 16. Образные представления</b> .....	<b>308</b>
Выявление образов .....	308
Что рассказывать пациентам об имажинации .....	310
Как реагировать на спонтанные образы .....	311
Образы как терапевтический инструмент .....	320
<b>Глава 17. Домашние задания</b> .....	<b>325</b>
Определение домашнего задания .....	326
Как повысить вероятность выполнения домашнего задания .....	331
Концептуализация трудностей .....	340
Проверка домашнего задания .....	348
<b>Глава 18. Завершение терапии и профилактика рецидивов</b> .....	<b>350</b>
На ранних этапах .....	350
В процессе лечения .....	351
Перед завершением терапии .....	355
Поддерживающие сессии .....	361
<b>Глава 19. Планирование лечения</b> .....	<b>365</b>
Достижение общих терапевтических целей .....	365
Планирование лечения между сессиями .....	366
Разработка плана лечения .....	367
Планирование индивидуальных сессий .....	369
Принятие решения об уделении внимания проблеме .....	373
Видоизменение стандартного лечения для конкретного расстройства ..	379
<b>Глава 20. Проблемы в терапии</b> .....	<b>380</b>
Обнаружение проблемы .....	380
Концептуализация проблем .....	382
Тупиковые ситуации .....	391
Решение проблем, возникших на терапии .....	392
<b>Глава 21. Развитие когнитивно-поведенческого терапевта</b> .....	<b>394</b>
<b>Приложение А. Рабочий бланк терапевтического случая</b> .....	<b>398</b>
<b>Приложение Б. Когнитивно-поведенческая терапия: полезные источники информации</b> .....	<b>403</b>
<b>Приложение В. Шкала когнитивной терапии</b> .....	<b>405</b>
<b>Список литературы</b> .....	<b>412</b>

# Предисловие

Я рад, что мне довелось приложить руку к первому изданию книги «Когнитивно-поведенческая терапия. От основ к направлениям». Она предлагает читателям свежий взгляд на этот психотерапевтический подход и, как я надеюсь, будет интересна и тем, кто уже хорошо разбирается в когнитивно-поведенческой терапии, и студентам, только начавшим ее изучать. В последнее время появилось огромное количество новых исследований, идеи развиваются, открываются новые удивительные направления работы; поэтому я искренне приветствую стремление автора расширить это издание и включить в него новые подходы к пониманию и лечению наших пациентов.

Давайте вернемся к этапу зарождения когнитивной терапии и оценим, как она изменилась с тех пор. Когда я впервые начал применять для лечения пациентов этот комплекс терапевтических процедур, я назвал его когнитивной терапией (теперь его принято называть когнитивно-поведенческой терапией) и совершенно не представлял, куда приведет меня этот подход, так сильно отличавшийся от моего психоаналитического образования. Основываясь на результатах собственных клинических наблюдений, систематических клинических исследований и экспериментов, я предположил, что в основе психиатрических синдромов депрессии и тревожности лежат нарушения механизмов мышления. Эти нарушения у пациентов приводили к систематическим искажениям в интерпретации определенных аспектов опыта. Выделяя такие искаженные интерпретации и предлагая пациентам альтернативу — то есть более вероятные объяснения происходящего, — я обнаружил, что это приводит к практически незамедлительному улучшению симптоматики. Отработка этих когнитивных навыков помогала пациентам поддерживать достигнутые улучшения. Фокус на проблемах, существующих «здесь-и-сейчас», позволил добиться почти полного исчезновения симптомов всего

за 10–14 недель. Дальнейшие клинические исследования, проведенные моей собственной группой, а также независимыми исследователями, подтвердили эффективность этого подхода при работе с тревожными, депрессивными и паническими расстройствами.

К середине 1980-х годов я уже мог говорить, что когнитивная терапия получила статус направления психотерапии. Тогда она включала в себя: 1) теорию личности и психопатологии с солидной эмпирической базой, подтверждавшей ее основные постулаты; 2) психотерапевтическую модель, которая определяла принципы и стратегии, соответствующие теории психопатологии; 3) надежные эмпирические данные, полученные из клинических исследований и подтверждавшие эффективность подхода.

Со времени выхода моих ранних работ появилось новое поколение психотерапевтов/исследователей/преподавателей, которые проводили исследования концептуальной модели психопатологии и применяли когнитивно-поведенческую терапию при лечении широкого спектра психических расстройств. Проводились систематические исследования основополагающих когнитивных измерений личности и психических расстройств, идиосинкразическая проработка и сбор информации по этим расстройствам, а также по взаимозависимости уязвимости и стресса.

Когнитивно-поведенческую терапию теперь применяют при лечении целого ряда психических и соматических расстройств, о которых я даже подумать не мог, когда впервые прибег к когнитивному методу в работе с депрессией и тревогой. На основе исследований исходов лечения исследователи со всего мира, а особенно из США, установили: когнитивно-поведенческая терапия эффективна при лечении таких состояний, как посттравматическое стрессовое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, фобии всех видов и нарушений пищевого поведения. Этот метод в сочетании с медикаментозным лечением часто помогал при наличии биполярного расстройства и шизофрении. Когнитивная терапия также помогала в работе с рядом хронических соматических расстройств: болями в спине, колитами, высоким давлением и синдромом хронической усталости.

Итак, когнитивно-поведенческая терапия предлагает широкий спектр возможных направлений применения — с чего же честолюбивому терапевту начать изучение компонентов этого направления психотерапии? Цитируя «Алису в Стране чудес», можно посоветовать: «начинайте с начала». Иными словами, нам нужно вернуться к вопросу, который я уже поднял в начале этого предисловия. Цель этой книги, написанной доктором Джудит Бек, одним из ведущих когнитивно-поведенческих терапевтов второго поколения (которая еще в подростковом возрасте стала одной из первых моих слушательниц), — предоставить прочное основание для практики когни-

тивно-поведенческой терапии. Действительно, когнитивно-поведенческая терапия может применяться в широком спектре ситуаций, но в ее основе всегда лежат фундаментальные принципы, рассмотренные в этой книге. Эта книга будет полезна даже опытным когнитивно-поведенческим терапевтам — им она поможет отточить навыки концептуализации, расширить репертуар терапевтических техник, чтобы еще эффективнее планировать лечение и преодолевать возникающие в ходе терапии трудности.

Конечно же, никакая книга не заменит супервизию. Однако это издание может отлично дополнить супервизию, которую можно получить у опытных когнитивных терапевтов (см. приложение Б).

Доктор Джудит Бек — специалист в высшей степени подготовленный для создания подобного путеводителя по когнитивно-поведенческой терапии. За последние 25 лет она провела многочисленные семинары и тренинги по когнитивно-поведенческой терапии; была супервизором как для начинающих, так и для опытных терапевтов; участвовала в доработке протоколов лечения различных заболеваний и исследованиях когнитивно-поведенческой терапии. Такое погружение в тему позволило ей написать книгу, полную полезной информации по практическому применению этого психотерапевтического направления. Первое издание книги стало ведущим учебником по когнитивно-поведенческой терапии в большинстве университетских программ по психологии, психиатрии, социальной работе и консультированию.

Применять когнитивно-поведенческую терапию на практике непросто. Так, мне довелось наблюдать за многочисленными участниками клинических исследований, которые умудрялись работать с автоматическими мыслями, не имея ясного понимания о том, как пациенты воспринимают свой внутренний мир, не реализуя принцип совместного эмпиризма. В работе над этой книгой доктор Джудит Бек ставила перед собой цель просветить, обучить и подготовить к практическому применению когнитивно-поведенческих методов как начинающих, так и опытных терапевтов. И нужно признать, она отлично справилась с поставленной задачей.

*Аарон Т. Бек, MD,  
институт когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека,  
факультет психиатрии Пенсильванского университета*

# Предисловие научного редактора русского издания

Эта книга написана для читателей с любым терапевтическим опытом и уровнем погруженности в психологическую практику. Более того, она выступает проводником и катализатором осмысления этого опыта на любом этапе развития специалиста и способствует формированию и закреплению навыков, необходимых и полезных для эффективного терапевта.

Как справедливо подчеркивает Аарон Бек в своем вступительном слове, «эта книга будет полезна даже опытным когнитивно-поведенческим терапевтам — им она поможет отточить навыки концептуализации, расширить репертуар терапевтических техник, чтобы еще эффективнее планировать лечение и преодолевать возникающие в ходе терапии трудности».

Первое издание этой книги, написанное в ясном пошаговом стиле, стало ведущим учебником по когнитивно-поведенческой терапии в мире, став базовым руководством в большинстве университетских программ по психологии, психиатрии, социальной работе и консультированию. Переведенная на русский язык, она еще в старом формате стала настольной для многих начинающих и опытных практикующих специалистов в России и ближнем зарубежье. Новое расширенное и переработанное издание обрело много ценных сведений по значимым процессам формирования терапевтических отношений, домашним заданиям, поведенческой активации, практикам осознанности и другим техникам современных форматов КПТ, инновациях в теории и клинической практике.

Более двадцати лет проводя семинары и курсы обучения КПТ, я объяснял слушателям, что эту книгу придется прочитать не один раз, и с каждым последующим разом удивительным образом эта книга будет дарить все больше нюансов, раскрывая глубину и отточенность своего содержания. Это оказалось возможным благодаря уникальному опыту и личности ее автора, дочери основателя когнитивной терапии и одновременно самостоятельного выдающегося ученого, исследователя и практика, блестящего педагога и чуткого супервизора, директора Института Бека, человека, всю

свою сознательную жизнь развивающего и распространяющего ценные и важные для всех людей планеты послы, ценности и возможности когнитивной терапии.

Я вспоминаю слова своего преподавателя курсов по вождению автомобиля. На одном из первых занятий поставленным громким голосом он задал вопрос, чем написаны правила дорожного движения, и внимательно посмотрел на учеников. И сам же, сделав продолжительную паузу, ответил: они написаны кровью. Эта книга написана кровью, слезами и потом бесчисленного множества проанализированных человеческих ошибок и заблуждений. Она поможет предотвратить не только ДТП и множество других внешних и внутренних проблем, но и изменить само качество жизни человека за счет другой возможности мышления, оценок, прогнозов, уверенности в себе, жизни и будущем, умения работать над собой и со своими пациентами на качественно новом уровне. Эта книга раскроет вам глубину возможностей и широту применения ведущего направления терапии и практической психологии, прояснит подробности и тончайшие нюансы технологии работы со своим мышлением и поведением, подарит жемчужины теории и практики, собранные за много лет одним из самых опытных и осведомленных специалистов современности.

Мне повезло учиться у Джудит Бек и иметь удовольствие и радость уже несколько лет поддерживать с ней очное общение в Институте Бека, на международных конференциях и переписке. Она, как и ее отец, прекрасный пример высокого профессионализма и одновременно замечательных человеческих качеств — интеллигентности, эмпатии, открытости, поддержки, мудрости и такта.

Члены нашей Ассоциации Когнитивно-Поведенческой Психотерапии и я лично рады и счастливы способствовать распространению и развитию когнитивно-поведенческой терапии. И для нас особым подарком и символом выступает издание этой книги как продолжения и развития уже целой серии книг по когнитивно-поведенческой терапии, выпущенных в сотрудничестве нашей Ассоциации и издательства «Питер».

Всеобъемлющий многолетний труд Джудит Бек, воплощенный в данной монографии, станет базовым учебником для начинающих специалистов и кладезем ценной информации, надежным подспорьем и источником вдохновения и методологической поддержки для опытных специалистов. Мы рады познакомить всех заинтересованных профессионалов с самой свежей и практикоориентированной информацией на русском языке. И благодарим за такую возможность Джудит Бек, Аарона Тима Бека и в их лице весь Институт Бека. Желаю всем, кто держит сейчас в руках это цен-

нейшее издание, увлекательного путешествия в мир когнитивной терапии и поведенческих технологий, погружения в контекст идей самоосознания, развития и поддержки своих навыков, ясности понимания себя и других, совершенствования своих профессиональных и человеческих качеств, успехов в самореализации и счастливой наполненной жизни.

*Дмитрий Викторович Ковпак,*  
врач-психотерапевт, к. м. н.,  
доцент кафедры общей медицинской психологии  
и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова,  
вице-президент Российской Психотерапевтической Ассоциации,  
председатель Ассоциации  
Когнитивно-Поведенческой Психотерапии

# Введение

Два последних десятилетия были особенно продуктивны для когнитивного направления терапии. Появилось огромное количество новых исследований; когнитивно-поведенческую терапию все чаще выбирают для лечения разнообразных заболеваний: она быстро облегчает страдания пациентов, помогает войти в ремиссию и длительное время оставаться в хорошем состоянии. Главная миссия некоммерческого Института когнитивно-поведенческой терапии Аарона Бека — обеспечить профессионалам в области телесного и психического здоровья из Филадельфии и со всего мира актуальное обучение. Но для ознакомления с этим направлением психотерапии недостаточно посещать семинары и тренинговые программы. Я организую подобные обучающие мероприятия уже на протяжении 25 лет и до сих пор считаю, что людям не хватает подробного руководства, которое можно изучить, а затем обращаться к нему по мере освоения теории, принципов и практического применения когнитивно-поведенческой терапии.

Эта книга рассчитана на широкую аудиторию специалистов, работа которых связана с физическим и психическим здоровьем, — начиная с тех, кто раньше никогда не сталкивался с когнитивно-поведенческой терапией, и заканчивая теми, кто уже имеет опыт в этой сфере, но хочет продолжать свое профессиональное развитие, в том числе в вопросах концептуализации ситуации пациента, планирования лечения, применения разных техник, оценки эффективности лечения и определения проблем, возникающих во время терапевтических сессий. Чтобы представить этот материал в максимально доступной форме, я выбрала пациентку (чьи имя и опознавательные особенности изменила) и на протяжении всей книги привожу примеры из ее терапии. Салли — во многом идеальный пациент, и ее лечение хорошо иллюстрирует стандартную когнитивно-поведенческую терапию для неосложненного единичного эпизода депрессии. Хотя ее лечение — пример работы с простым случаем тревожно-депрессивного расстройства, описанные техники подходят для работы с пациентами, столкнувшимися с разнообразными проблемами. В книге также приводятся отсылки к другим расстройствам, чтобы читатели учились соответствующим образом подбирать схемы лечения.

Первое издание этой книги перевели более чем на 20 языков, и я получила обратную связь от специалистов со всего мира, на которой отчасти основывались дополнения к этому изданию. Я включила в него новый материал по оценке состояния пациента и поведенческой активации; шкалу оценки когнитивной терапии (Cognitive Therapy Rating Scale), которая используется для измерения компетентности терапевта во многих исследованиях и учебных программах; рабочий бланк когнитивного случая (Cognitive Case Write-Up) на основе шаблона, предоставленного Академией когнитивной терапии в качестве предварительного условия получения сертификации. Я также уделила особое внимание терапевтическим отношениям, направляемому открытию (guided discovery) и сократовскому диалогу, выделению и использованию сильных сторон пациента и его ресурсов, а также домашним заданиям. Я руководствовалась собственной клинической практикой, опытом преподавания и супервизии, исследованиями и публикациями в области когнитивно-поведенческой терапии, а также обсуждениями, которые вела со студентами и коллегами, от новичков до экспертов из разных стран, специализирующихся на различных аспектах этого направления терапии и различных расстройствах.

Эта книга не была бы написана, если бы не существовало революционных работ основателя когнитивной терапии Аарона Т. Бека, который также является моим отцом. Это удивительный человек, выдающийся ученый, теоретик и практик. Я также очень многое узнала от каждого супервизора и пациента, с которыми мне довелось работать. И я благодарна им всем.

*Джудит С. Бек, PhD*

# Введение в когнитивно-поведенческую терапию

В 1960-х годах произошла настоящая революция в области психического здоровья — ее инициатором стал Аарон Бек, тогда работавший старшим преподавателем психиатрии в Пенсильванском университете. На тот момент доктор Бек уже прошел полный курс обучения психоанализу и был практикующим психоаналитиком. Как настоящий ученый доктор Бек был убежден: нужно научно доказать практическую эффективность психоанализа, чтобы его приняли в медицинском сообществе. На стыке 1950-х и 1960-х годов он провел несколько экспериментов, которые и должны были обеспечить методу такую доказательную базу. Однако результаты оказались обратными. Эти эксперименты и подтолкнули Бека к поиску других объяснений депрессии. Он заявил, что первичной характеристикой депрессии являются искаженные негативные когниции (в первую очередь мысли и убеждения), и разработал краткосрочную терапию, одной из главных целей которой стала проверка депрессивного образа мышления на реалистичность.

В этой главе вы найдете ответы на следующие вопросы:

- Что представляет собой когнитивно-поведенческая терапия?
- Как она развивалась?
- Что говорят исследования о ее эффективности?
- На каких принципах она основывается?
- Как стать эффективным когнитивно-поведенческим терапевтом?

## Что представляет собой КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ?

В начале 1960-х годов Аарон Бек разработал форму психотерапии, которую сначала назвал когнитивной терапией. Сегодня большинство специалистов считают когнитивную терапию синонимом когнитивно-поведенческой терапии, и в этой книге мы будем использовать второй термин. Бек разработал четко структурированную, краткосрочную психотерапию для депрессивных расстройств, направленную на решение текущих проблем и изменение дисфункционального (ошибочного и/или непродуктивного) мышления и поведения (Beck, 1964). С тех самых пор он и другие специалисты успешно адаптировали этот терапевтический подход для работы с поразительно широким спектром расстройств и проблем. Изменения коснулись общего фокуса терапии, применяемых техник и продолжительности лечения, однако теоретические основы подхода остались прежними. Во всех формах когнитивно-поведенческой терапии, возникших из модели Бека, лечение основывается на когнитивных формулировках, убеждениях и поведенческих стратегиях, специфичных для определенных расстройств (Alford & Beck, 1997).

В основе лечения лежит процесс концептуализации — понимания ситуации конкретного пациента (свойственных лично ему убеждений и поведенческих схем). Терапевт ищет разные способы достижения когнитивных изменений — модификации системы мышления и поведения пациента, — которые позволят подтолкнуть его к продолжительным эмоциональным и поведенческим изменениям.

В ходе разработки этой формы психотерапии Бек использовал целый ряд различных источников, в том числе работы древнегреческих философов (например, Эпиктета) и великих теоретиков психологии: Карен Хорни, Альфреда Адлера, Джорджа Келли, Альберта Эллиса, Ричарда Лазаруса и Альберта Бандуры. Работы Бека, в свою очередь, расширились и дополнялись современными практическими исследователями и теоретическими изысканиями в США и за границей — их так много, что перечислить все здесь не представляется возможным.

На сегодняшний день существуют разнообразные формы когнитивно-поведенческой терапии, которые имеют общие черты с терапией Бека, однако концептуализации и акценты в лечении до некоторой степени отличаются. К ним можно отнести рационально-эмотивную терапию Альберта Эллиса (Ellis, 1962), диалектическую поведенческую терапию (Linehan, 1993), терапию, сфокусированную на решении проблем (D’Zurilla & Nezu, 2006), терапию принятия и ответственности (Hayes, Follette, & Linehan, 2004),

экспозиционную терапию (Foa & Rothbaum, 1998), терапию когнитивной переработки (Resick & Schnicke, 1993), психотерапию когнитивно-поведенческого анализа (McCullough, 1999), поведенческую активацию (Lewinsohn, Sullivan, & Grosscup, 1980; Martell, Addis, & Jacobson, 2001), когнитивно-поведенческую модификацию (Meichenbaum, 1977) и другие направления. Когнитивно-поведенческая терапия Бека в рамках когнитивного подхода объединяет техники, разработанные в каждом из этих направлений, а также в других психотерапевтических школах. В многочисленных исторических обзорах этой психотерапевтической области описывается, как возникали и развивались различные направления когнитивно-поведенческой терапии (Arnkoff & Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck, & Alford, 1999; Dobson & Dozois, 2009; Hollon & Beck, 1993).

Со временем когнитивно-поведенческая терапия была адаптирована для пациентов с различным уровнем образования и дохода, для представителей разных культур и возрастных групп — от детей до людей пожилого возраста. Сегодня ее, среди прочего, применяют в отделениях первой помощи и других медицинских организациях, в школах, при разработке профессиональных программ и в реабилитации заключенных. Ее применяют также в формате групповой, парной и семейной работы. В этой книге описывается индивидуальный формат лечения с сессиями продолжительностью 45 минут (хотя сессии могут быть и короче). Некоторые пациенты, в частности страдающие шизофренией, не способны взаимодействовать в формате полноценных сессий, а потому некоторые специалисты применяют техники когнитивной терапии вне терапевтических сессий — в рамках медицинских или реабилитационных назначений или проверки эффективности медикаментозных назначений.

## Какая теория лежит в основе когнитивно-поведенческой терапии?

В двух словах можно сказать так: *когнитивная модель* предполагает, что дисфункциональное мышление (которое влияет на настроение и поведение пациента) характерно для всех видов психических нарушений. Когда люди обучаются оценивать свой образ мыслей более реалистично и адаптивно, улучшается их эмоциональное состояние и поведение. Например, если вам вернули чек из-за отсутствия денег на счете, а вы в этот момент пребывали в подавленном состоянии, у вас может возникнуть *автоматическая мысль* — идея, которая появится в голове будто бы сама по себе: «Я ничего не могу сделать правильно». Затем эта мысль может привести к определенной реакции: например, вы почувствуете грусть (эмоция) и вернетесь в постель

(поведение). Но если вы попытаетесь оценить валидность этой идеи, вы можете заключить, что сделали слишком общий вывод и вообще-то много чего делаете правильно. Оценивая свой опыт с этой новой точки зрения, вы, скорее всего, почувствуете себя лучше и сможете вести себя более конструктивно.

Для достижения долговременного улучшения настроения и поведения пациента когнитивные терапевты работают с более глубокими уровнями мышления: глубинными убеждениями людей о самих себе, своем мире и других. Модификация основополагающих дисфункциональных убеждений пациентов позволяет добиться более устойчивых изменений. Так, если вы постоянно недооцениваете свои способности, возможно, у вас есть глубинное убеждение о собственной некомпетентности. Когда вы измените это глубинное убеждение (например, научитесь видеть себя в более реалистичном свете, с достоинствами и недостатками) — изменится ваше восприятие определенных ситуаций, с которыми вы сталкиваетесь ежедневно. Вы станете все реже ловить себя на мыслях вроде: «Я ничего не могу сделать правильно». Вместо этого, совершив ошибку, вы, скорее всего, подумаете: «Это [определенная задача] мне не особенно удастся».

## О чем говорят исследования?

Эффективность методов когнитивно-поведенческой терапии постоянно проверяется с тех пор, как в 1977 году было опубликовано первое исследование исходов лечения (Rush, Beck, Kovacs, & Hollon, 1977). На данный момент опубликовано больше 500 исследований, которые доказали эффективность когнитивно-поведенческого подхода в работе с рядом психических расстройств, психологических проблем и соматических заболеваний с психологической составляющей (см., например: Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Chambless & Ollendick, 2001). В табл. 1.1 перечислены расстройства и проблемы, с которыми можно успешно работать в рамках когнитивно-поведенческого направления. Полный список можно найти на сайте Института Аарона Бека [www.beckinstitute.org](http://www.beckinstitute.org).

Также проводились исследования, целью которых было продемонстрировать эффективность когнитивно-поведенческой терапии в привычной социальной среде (см., например: Shadish, Matt, Navarro & Philips, 2000; Simons et al., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans, & Beck, 2009). Другие исследования выявили эффективность когнитивно-поведенческой терапии с использованием компьютера (см., например: Khanna & Kendall, 2010; Wright et al., 2002). Несколько исследований также продемонстрировали, что в результате когнитивно-поведенческой терапии при различных

расстройствах у пациентов происходят определенные нейробиологические изменения (см., например: Goldapple et al., 2004). Сотни исследовательских работ подтвердили эффективность когнитивной модели для лечения тревоги и депрессии. Всесторонний обзор этих исследований выпускали Кларк и соавторы (Clark et al., 1999), а также Кларк и Бек (Clark & Beck, 2010).

**Таблица 1.1.** Неполный список расстройств, которые успешно лечатся в рамках когнитивно-поведенческого подхода

<b>Психические расстройства</b>	<b>Психологические проблемы</b>	<b>Соматические заболевания с психологической составляющей</b>
<p>Большое депрессивное расстройство</p> <p>Гериатрическая депрессия</p> <p>Генерализованное тревожное расстройство</p> <p>Гериатрическая тревога</p> <p>Паническое расстройство</p> <p>Агорафобия</p> <p>Социофобия</p> <p>Обсессивно-компульсивное расстройство</p> <p>Расстройство поведения (кондуктивное расстройство)</p> <p>Злоупотребление психоактивными веществами</p> <p>Синдром дефицита внимания и гиперактивности</p> <p>Ипохондрия</p> <p>Телесная дисморфия</p> <p>Расстройства пищевого поведения</p> <p>Расстройства личности</p> <p>Лица, совершившие сексуальное преступление</p> <p>Расстройства привычек</p> <p>Биполярное расстройство (в дополнение к медикаментозной терапии)</p> <p>Шизофрения (в дополнение к медикаментозной терапии)</p>	<p>Проблемы в паре</p> <p>Проблемы в семье</p> <p>Патологическая игра</p> <p>Осложненное горе</p> <p>Стресс ухаживающего лица</p> <p>Гнев и враждебность</p>	<p>Хроническая боль в спине</p> <p>Боль при серповидноклеточной анемии</p> <p>Мигрени</p> <p>Звон в ушах</p> <p>Онкологические боли</p> <p>Соматоформные расстройства</p> <p>Синдром раздраженного кишечника</p> <p>Синдром хронической усталости</p> <p>Боль при ревматических заболеваниях</p> <p>Эректильная дисфункция</p> <p>Бессонница</p> <p>Ожирение</p> <p>Вульводиния</p> <p>Гипертония</p> <p>Синдром войны в Персидском заливе</p>

## Как развивалась когнитивно-поведенческая терапия Бека?

В конце 1950-х — начале 1960-х годов Бек решил проверить психоаналитическую концепцию, согласно которой депрессия является результатом направленной на собственное «Я» враждебности. Бек изучал сны пациентов, страдающих депрессией, — предполагалось, что враждебность в этих снах должна была проявляться чаще и больше, чем в снах обычных людей из контрольной группы. Но, к своему удивлению, он обнаружил, что в снах пациентов с депрессией чаще появлялись сюжеты, связанные с дефектностью, лишениями и потерями, чем темы враждебности. Он установил, что его пациенты продолжали думать об этом и во время бодрствования. Проведя еще одно исследование, Бек понял: под сомнением оказывалась и другая психоаналитическая концепция, согласно которой пациенты с депрессией испытывают потребность страдать (Beck, 1967). Уже тогда стало казаться, что возник эффект домино. Если эти психоаналитические концепции не подтверждаются, как же тогда понимать депрессию?

Количество пациентов, с которыми довелось работать доктору Беку, постепенно росло, и становилось все понятнее, что у каждого из них так или иначе присутствовали два потока мышления: поток свободных ассоциаций и поток быстрых оценочных суждений о самих себе. Так, одна женщина описывала свои сексуальные связи, а затем сообщила, что почувствовала тревогу. Бек интерпретировал произошедшее так: «Вы подумали, что я мысленно вас осуждаю». Но пациентка не согласилась: «Нет, я подумала, что вам скучно меня слушать». В ходе подобных бесед с другими пациентами с депрессией доктор Бек понял, что всем им были свойственны «автоматические» негативные мысли вроде описанной выше, — они и составляли второй поток мыслей, который был тесно связан с переживаемыми эмоциями. Бек начал помогать своим пациентам выявлять, оценивать такие нереалистичные и дезадаптивные мысли и реагировать на них. В результате состояние пациентов стало быстро улучшаться.

Тогда доктор Бек предложил своим коллегам-психиатрам из Пенсильванского университета опробовать новую форму лечения. Они подтвердили: пациенты действительно хорошо на нее реагируют. Джон Раш, доктор медицины (MD), который сегодня считается ведущим специалистом в лечении депрессии, и доктор Бек начали обсуждать перспективы проведения исследования исходов лечения. Они пришли к заключению: подобное исследование необходимо провести, чтобы продемонстрировать другим специалистам эффективность когнитивной терапии. Их рандомизированное контролируемое

исследование пациентов с депрессией, опубликованное в 1977 году, доказало, что эффективность когнитивной терапии примерно равна эффективности имипрамина — распространенного антидепрессанта. Это исследование произвело фурор, так как практически впервые эффективность терапии словом сравнивалась с медикаментозным лечением. Спустя два года Бек, Раш, Шоу и Эмери (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979) опубликовали первое руководство по когнитивной терапии.

К важным составляющим когнитивно-поведенческой терапии при депрессии можно отнести акцент на помощи пациентам в решении проблем; поведенческую активацию; выявление, оценку депрессивного мышления и реагирование на него, особенно на негативные мысли о себе, своем мире и своем будущем. В конце 1970-х годов доктор Бек и его коллеги, получившие докторские степени в Пенсильванском университете, приступили к изучению тревоги и обнаружили, что при лечении этих расстройств акценты нужно было расставлять несколько иначе. Пациентам с тревогой нужно учиться правильнее оценивать опасность ситуаций, вызывающих у них страх, оценивать свои внутренние и внешние ресурсы и развиваться, опираясь на них. Им также нужно стараться не избегать пугающих ситуаций, а даже наоборот, чаще сталкиваться с ними, чтобы поведенчески проверять свои негативные предсказания. С того времени когнитивная модель тревоги была дополнена и доработана для каждого вида тревожных расстройств; эти модели были утверждены, а исследования исходов подтвердили эффективность когнитивно-поведенческого подхода при лечении тревожных расстройств (Clark & Beck, 2010).

Промогаем время на несколько десятилетий вперед. Доктор Бек и последователи, а также другие исследователи по всему миру продолжают изучать и дорабатывать теорию, адаптировать и тестировать схемы лечения для пациентов, страдающих от самых различных проблем. Теперь когнитивная терапия, или когнитивно-поведенческая терапия, преподается в большинстве университетов США и во многих других странах.

## Каковы основные принципы лечения?

Хотя терапию нужно адаптировать для каждого пациента в индивидуальном порядке, существуют определенные принципы, которые лежат в основе когнитивно-поведенческой терапии всех пациентов, вне зависимости от индивидуальных особенностей. На протяжении всей книги я буду использовать пример своей пациентки с депрессией Салли — это поможет мне проиллюстрировать основную доктрину и показать, как понять пациента с помощью когнитивно-поведенческой теории и как использовать это понимание при

планировании лечения и проведении терапевтических сессий. Салли — почти идеальный пациент; на ее примере можно отлично продемонстрировать когнитивно-поведенческий подход. Я также буду давать комментарии о том, как корректировать лечение, если пациент реагирует не так хорошо, как она, но читателю стоит обратиться и к другим источникам (например: J. S. Beck, 2005; Kuyken, Padesky & Dudley, 2009; Needleman, 1999), чтобы научиться формулировать концепцию и стратегию, а также применять техники для лечения пациентов с другими диагнозами или сложных пациентов.

Когда Салли обратилась ко мне, ей было 18 лет, она была не замужем и шел второй семестр ее обучения в колледже. Последние четыре месяца она ощущала подавленность и тревогу, ей было сложно справляться с повседневными делами. Ее состояние соответствовало критериям определения эпизода большого депрессивного расстройства средней тяжести согласно DSM-IV-TR (Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 4-е издание, пересмотренное.) Более полный портрет Салли можно найти в приложении А.

Основными принципами когнитивно-поведенческой терапии считаются:

*Принцип 1. Когнитивно-поведенческая терапия основывается на постоянно развивающейся формулировке проблемы пациента и индивидуальной концептуализации каждого пациента в рамках когнитивного подхода.* Я рассматривала трудности Салли в трех временных перспективах. Во-первых, я определяла ее актуальный образ мыслей, который заставлял ее чувствовать грусть («Я неудачница, у меня ничего не получается, я никогда не буду счастливой»), и ее проблемное поведение (она сторонилась других, много времени проводила одна в своей комнате, ничем не занимаясь, избегала обращаться за помощью). Это проблемное поведение проистекало из дисфункционального образа мыслей Салли и, в свою очередь, подкрепляло его. Во-вторых, я выявила предрасполагающие факторы, которые повлияли на восприятие Салли еще в самом начале депрессии (например, она впервые оказалась так далеко от дома, и учеба давалась ей нелегко, что только подкрепляло ее убежденность в отсутствии способностей). В-третьих, я сформулировала гипотезу о формирующих событиях и стойких паттернах интерпретации этих событий пациенткой, которые могли предрасположить ее к депрессии (так, Салли всегда имела склонность списывать собственные достижения и проявления силы на удачное стечение обстоятельств, а слабости считала отражением «настоящей» себя).

Моя концептуализация ситуации Салли основывалась на представлениях о депрессии, сформировавшихся в рамках когнитивного подхода, а также

на информации, которую сама пациентка предоставила о себе уже на первой сессии. Я продолжила дорабатывать эту концептуализацию на каждой сессии — по мере получения новой информации. В определенные стратегически важные моменты я рассказывала Салли о своей концептуализации, чтобы убедиться, что понимаю все правильно. Более того, на протяжении всей терапии я помогала Салли оценивать ее опыт через призму когнитивной модели. Например, она училась идентифицировать мысли, связанные со стрессовым аффектом, а также оценивать и формулировать более адаптивные реакции на эти мысли. Это привело к улучшению ее самочувствия, а также нередко помогало сменить поведение на более функциональное.

*Принцип 2. Когнитивно-поведенческая терапия предполагает создание крепкого терапевтического союза.* Как и многим пациентам с неосложненными депрессивными и тревожными расстройствами, Салли было нелегко довериться мне и включиться в работу. Я постаралась продемонстрировать все основные компоненты, необходимые в подобной консультирующей ситуации: тепло, эмпатию, заботу, неподдельное внимание и компетентность. Свое внимательное отношение к Салли я показывала, когда делала эмпатические замечания, внимательно слушала, точно обобщала ее мысли и чувства. Я обращала внимание на ее маленькие и крупные успехи, чтобы поддерживать в ней разумно оптимистичное отношение к процессу. Я также просила Салли давать обратную связь в конце каждой сессии, чтобы убедиться: она чувствует, что ее поняли, и позитивно воспринимает прошедшую сессию. Подробнее терапевтические отношения в когнитивно-поведенческой терапии описаны в главе 2.

*Принцип 3. Особое внимание в когнитивно-поведенческой терапии уделяется сотрудничеству и активному участию.* Я просила Салли рассматривать терапию как командную работу: вместе мы решали, что будем прорабатывать на каждой сессии, как часто нам нужно встречаться и что Салли может делать в перерывах между сессиями в качестве домашних заданий. Сначала я была более активна, предлагала возможные направления работы на терапевтических сессиях и подытоживала то, что мы обсуждали на них. Но по мере того как депрессия Салли становилась менее выраженной и она все лучше социализировалась в терапию, я помогала ей проявлять большую активность в ходе сессий: решать, о каких проблемах говорить, выявлять искажения мышления, делать важные выводы и продумывать домашние задания.

*Принцип 4. Когнитивно-поведенческая терапия ориентирована на результат и сфокусирована на проблемах.* На первой сессии я попросила Салли перечислить проблемы и сформулировать цели терапии, чтобы мы вместе могли понять, ради чего ведется работа. Так, в ходе нашей первой встречи

Салли пожаловалась на ощущение социальной изоляции. С моей помощью она сформулировала цель в плоскости поведения: завязывать новые знакомства и проводить больше времени с друзьями, которые у нее уже есть. Позже, когда мы обсуждали, как можно улучшить ее повседневную жизнь, я помогла ей оценить мысли, противоречившие ее цели, например: «Мои друзья не захотят проводить со мной время. Я слишком устала, чтобы встречаться с ними», и правильно реагировать на них. Для начала я помогла Салли оценить обоснованность этих мыслей посредством изучения доказательств. Затем Салли выразила желание протестировать эти мысли с помощью поведенческих экспериментов (с. 228–230), в которых ей нужно было инициировать совместные планы с друзьями. Как только Салли осознала и исправила искажения мышления, она смогла перейти к решению проблем и выйти из состояния изоляции.

*Принцип 5. В первую очередь в когнитивно-поведенческой терапии делается упор на настоящее.* Лечение большинства пациентов предполагает фокус на актуальных проблемах и определенных ситуациях, которые их вызывают. Самочувствие Салли улучшилось, когда она научилась правильно реагировать на собственное негативное мышление и сделала шаги по улучшению своей жизни. Терапия всегда начинается с исследования проблем, существующих «здесь-и-сейчас», вне зависимости от поставленного диагноза. Внимание смещается в прошлое в двух случаях. Во-первых, когда пациент испытывает сильное желание это сделать, и отказ от обращения к прошлому ставит терапевтический союз под угрозу. Во-вторых, когда пациент «застревает» в дисфункциональных мыслях, и понимание идущих из детства корней его глубинных убеждений потенциально может помочь их изменить. («Неудивительно, что вы до сих пор не верите в свои способности. Вы же понимаете, что почти любой ребенок, который пережил бы то же, что и вы, вырос бы убежденным в отсутствии у себя способностей; однако это может быть неправдой или не быть полной правдой».)

Например, я на короткое время обращаюсь к прошлому опыту Салли в ходе терапии, чтобы помочь ей выявить набор убеждений, которые она усвоила в детстве: «Если я многого достигну, значит, я достойный человек» и «Если я не достигну многого, я неудачница». Я помогла ей оценить валидность этих убеждений — как в прошлом, так и в настоящем. Сделав это, Салли сформировала более функциональные и более рациональные убеждения. Если бы у Салли было расстройство личности, я бы посвятила больше времени обсуждению истории ее развития, детским корням убеждений и поведенческих копинг-стратегий.

*Принцип 6. Когнитивно-поведенческая терапия — это образовательная терапия; ее цель — научить пациента быть терапевтом самому себе; по-*

этому отдельное внимание уделяется предупреждению рецидивов. На нашей первой сессии я рассказала Салли о природе и течении ее расстройства, о процессе когнитивно-поведенческой терапии и о когнитивной модели (например, о том, как ее мысли влияют на эмоции и поведение). Я не только помогала Салли сформулировать цели, выявить и оценить мысли и убеждения, запланировать поведенческие изменения — я также объясняла ей, как все это сделать. В ходе каждой сессии я предлагала Салли делать заметки — записывать важную информацию, которую она узнала, — чтобы она могла пользоваться этим новым пониманием проблемы уже после того, как терапия будет закончена.

*Принцип 7. Когнитивно-поведенческая терапия должна быть ограничена по времени.* Лечение многих пациентов с депрессивными или тревожными расстройствами состоит из 6–14 сессий. Перед терапевтом поставлены цели: смягчить симптоматику, способствовать ремиссии, помочь справиться с самыми остро стоящими проблемами, помочь освоить навыки, необходимые для предупреждения рецидива. Сначала Салли нужно было посещать терапевтические сессии раз в неделю (если бы ее депрессия проходила тяжелее и она думала о самоубийстве, возможно, я сократила бы перерыв между сессиями). Два месяца спустя мы вместе решили попробовать встречаться раз в две недели, а затем и раз в месяц. Даже после прекращения терапии мы запланировали периодические поддерживающие встречи раз в три месяца в течение года.

Не всем пациентам удается добиться успеха всего за несколько месяцев. На модификацию ригидных дисфункциональных убеждений и поведенческих схем, которые приводят к постоянным душевным страданиям, уходит один-два года или больше. Пациентам с тяжелыми психическими заболеваниями может требоваться периодическое лечение на протяжении длительного периода, чтобы поддерживать стабильный успех.

*Принцип 8. Сессии когнитивно-поведенческой терапии структурированы.* Вне зависимости от диагноза и стадии лечения эффективность каждой сессии максимизируется, если ее структурировать. Эта структура включает в себя вводную часть (проверку настроения, короткое обсуждение прошедшей недели, совместное построение плана сессии), среднюю часть (обсуждение домашнего задания, актуальных проблем по плану, постановку нового домашнего задания, подведение итогов) и завершающую часть (получение обратной связи). Этот формат делает терапевтический процесс более понятным для пациентов и увеличивает вероятность того, что они смогут заниматься самотерапией после завершения совместной работы.

*Принцип 9. Когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов выявлять, оценивать свои дисфункциональные мысли и убеждения и реагировать*

*на них.* Десятки и даже сотни автоматических мыслей в день могут влиять на настроение, поведение и/или физиологию пациента (последнее особенно характерно для тревожных расстройств). Терапевты помогают пациентам выявлять ключевые когниции и переходить к более реалистичной, адаптивной точке зрения — что помогает им чувствовать себя лучше эмоционально, применять более функциональные поведенческие стратегии и/или снижать физиологическое возбуждение. Это происходит в ходе направляемого открытия (guided discovery), когда с помощью вопросов (их еще к месту и не к месту называют сократовским диалогом) оценивается образ мыслей (при этом не используется переубеждение, спор и чтение лекций). Терапевты также помогают пациентам проводить опыты, которые принято называть поведенческими экспериментами, с помощью которых они могут проверить свои убеждения напрямую (например: «Если я даже посмотрю на фотографию паука, то почувствую тревогу и не смогу нормально думать»). Таким образом терапевты реализуют принцип *совместного эмпиризма*. Обычно терапевты не знают заранее, до какой степени верными или ошибочными окажутся мысли пациента — они исследуют их вместе и проверяют спорные убеждения, чтобы сформулировать продуктивные и правильные способы реагирования на них.

Когда Салли находилась в крайне подавленном состоянии, у нее возникало много автоматических мыслей в течение дня — о некоторых из них она рассказала сама, другие выявила я (спросив, о чем она думала, когда чувствовала себя расстроенной и действовала дисфункционально). Мы часто обнаруживали важные автоматические мысли по мере того, как погружались в обсуждение конкретных проблем Салли; вместе исследовали их валидность и полезность. Я просила ее обобщать новые взгляды, эти обобщения она затем записывала и могла перечитывать в течение недели, чтобы подготовиться к возникновению аналогичных автоматических мыслей. Я не предлагала ей более позитивно смотреть на вещи без обсуждения, не оспаривала достоверность автоматических мыслей и не пыталась убедить ее, что она рассуждает слишком пессимистично. Вместо этого мы занялись совместным исследованием доказательств.

*Принцип 10. Когнитивно-поведенческая терапия использует ряд техник, которые помогают менять образ мыслей, настроение и поведение.* Хотя когнитивные стратегии вроде сократовского диалога и направляемого поиска являются основополагающими для когнитивно-поведенческой терапии, поведенческие и направленные на решение проблем техники также очень важны. Наряду с ними используются и техники, взятые из других подходов и переосмысленные в рамках когнитивной теории. Например, я использовала

техники гештальттерапии, чтобы помочь Салли понять, как полученный в семье опыт повлиял на развитие убеждения, что она ни на что не способна. Я использовала психодинамические техники с некоторыми пациентами с расстройствами второй оси, которые проецировали свои искаженные идеи о людях на терапевтические отношения. Выбор используемых техник зависит от концептуализации случая конкретного пациента, обсуждаемой проблемы и целей, которых вы хотите достичь на сессии.

Эти основополагающие принципы применимы в работе со всеми пациентами. При этом терапия может существенно различаться в зависимости от индивидуальной ситуации, характера возникших у пациентов трудностей, жизненного этапа, а также их уровня развития и интеллекта, пола и культурных особенностей. Лечение может различаться, если различаются поставленные пациентами цели, способность формировать крепкую терапевтическую связь, мотивация к изменениям, предыдущий опыт работы с психотерапевтами, предпочтения в лечении и другие факторы.

*Акценты* в лечении также зависят от конкретного расстройства (или расстройств) пациента. Когнитивно-поведенческая терапия панического расстройства предполагает проверку катастрофических интерпретаций (обычно это ошибочные предсказания, связанные с угрозой смерти или сумасшествия), а также телесными и психическими ощущениями (Clark, 1989). Если у пациента анорексия, нужно работать над изменениями его убеждений в отношении собственной ценности и контроля (Gagner & Bemis, 1985). Лечение злоупотребления психоактивными веществами должно быть выстроено вокруг негативных убеждений пациента о себе и убеждений относительно допустимости употребления психоактивных веществ (Beck, Wright, Newman, & Liese, 1993).

## Как проходит терапевтическая сессия?

Структура терапевтических сессий сохраняется примерно одинаковой вне зависимости от конкретного расстройства, однако вмешательство может значительно различаться. (На сайте Академии когнитивной терапии, [www.academyofct.org](http://www.academyofct.org), опубликован список книг, в которых описаны когнитивные формулировки, основные акценты, стратегии и техники для широкого спектра диагнозов, особенностей пациентов, форматов и условий лечения.) Ниже приведено обобщенное описание терапевтической сессии и курса терапии, которое особенно актуально для лечения пациентов с депрессией.

В начале каждой встречи важно установить терапевтическое взаимодействие, проверить настроение пациента, симптомы и впечатления последней

недели, попросить его перечислить проблемы, помощь в решении которых для него наиболее актуальна на данный момент. Возможно, эти трудности возникли в течение недели и/или пациент предполагает, что может столкнуться с ними в ближайшее время. Вы также разбираете его успехи в оказании самопомощи (домашнюю работу или план действий), которую он должен был практиковать в перерыве между сессиями. Затем в контексте обсуждения определенной проблемы пациента вы формулируете повестку дня, собираете информацию о проблеме, концептуализируете трудности пациента (спросите, какие мысли возникали у него, какие эмоции и поведение связаны с этой проблемой) и совместно планируете стратегию дальнейших действий. Чаще всего стратегия включает в себя непосредственное решение проблемы, оценку связанного с ней негативного мышления пациента и/или поведенческие изменения.

Так, у Салли, которая была студенткой, возникали трудности в обучении. Ей нужно было помочь оценить возникавшие дезадаптивные мысли и научиться правильно на них реагировать («Зачем что-то вообще делать? Меня все равно наверняка исключат»), и лишь затем она могла заняться решением проблем с обучением. Я убедилась, что взгляд Салли на ситуацию стал более реалистичным и адаптивным и что она определилась, какие решения хочет попробовать осуществить на следующей неделе (например, начинать с относительно легких задач, мысленно резюмировать информацию в конце каждой прочитанной страницы или двух, отводить на учебу более короткие промежутки времени, прогуливаться во время перерывов и просить аспирантов о помощи). В ходе сессии мы готовили Салли к изменению мышления и поведения на предстоящей неделе, что, в свою очередь, приводило к улучшению ее настроения и деятельности.

После того как мы вместе обсудили проблему и определили формат домашнего задания, мы перешли ко второй проблеме, которую она вынесла на повестку дня, и повторили процесс. В конце сессии мы подвели итог, сформулировав самые важные выводы. Я убедилась, что Салли, скорее всего, выполнит домашнее задание, и получила обратную связь по поводу прошедшей сессии.

## Как развивается когнитивно-поведенческий терапевт

Когнитивно-поведенческая терапия может показаться необученному наблюдателю обманчиво простой. *Когнитивная модель* — предположение, что мысли человека влияют на его эмоции и поведение — действительно

по сути своей довольно проста. Однако опытные когнитивно-поведенческие терапевты одновременно решают сразу несколько задач: концептуализируют ситуацию пациента, выстраивают с ним взаимоотношения, социализируют его и расширяют кругозор, определяют проблемы, собирают данные, проверяют гипотезы и делают выводы. Новичкам в этом подходе, наоборот, обычно приходится быть более взвешенными, придерживаться определенных структур и не уделять внимание разным аспектам терапии одновременно. Хотя конечная цель всегда предполагает создание взаимосвязи между всеми этими элементами и проведение максимально эффективной терапии, новичкам стоит начинать с освоения навыка построения терапевтических отношений, навыка концептуализации, а также с изучения техник когнитивно-поведенческой терапии, причем все это лучше осваивать пошагово.

Наработка опыта у когнитивно-поведенческого терапевта состоит из трех этапов. (Предполагается, что терапевт уже овладел важными для консультирования качествами: умением слушать, эмпатией, заботой, позитивным отношением и искренностью, а также умением точно понять, отрефлексировать и обобщить. Терапевты, у которых этих качеств и навыков еще нет, часто вызывают негативные реакции у пациентов.) На первом этапе вы изучаете базовые навыки концептуализации случая в когнитивной парадигме, основываясь на исходной оценке ситуации пациента и собранной в ходе сессии информации. Вы также учитесь структурировать сессии, использовать свои концептуализации и здравый смысл при планировании лечения, помогать пациентам решать проблемы и по-новому относиться к своим дисфункциональным мыслям. Вы также учитесь применять базовые когнитивные и поведенческие техники.

На втором этапе вы еще лучше умеете сочетать концептуализацию со своим знанием техник. Вы развиваете способность понимать терапевтический поток. Вам легче определять критически важные цели лечения и проще дается концептуализация пациентов, которую вы совершенствуете непосредственно в ходе терапевтических сессий и используете для принятия решений о вмешательствах. Вы расширяете свой терапевтический репертуар и учитесь еще точнее подбирать, предлагать и применять подходящие техники.

На третьем этапе вы уже почти автоматически включаете новые данные в концептуализацию. Вы оттачиваете способность выдвигать гипотезы для подтверждения или проверки ваших представлений о пациенте. Вы меняете структуру и техники когнитивно-поведенческой терапии в соответствии с потребностями пациентов, особенно тех из них, кто страдает расстройствами личности и другими сложными расстройствами.

Если вы уже ведете практику в рамках другого психотерапевтического направления, важно, чтобы вы принимали решение о возможности применения

когнитивно-поведенческого подхода совместно с пациентами — при этом обязательно предварительно рассказывали им, в чем будет заключаться разница, и приводили доводы в пользу такого решения. Большинство пациентов соглашались на такое предложение, если оно сформулировано позитивно, с точки зрения преимуществ для пациента. Если же пациент сомневается, вы можете предложить ввести небольшие изменения (например, начать с установления повестки дня) в качестве временного эксперимента — это мотивирует.

Т. (Терапевт) Майк, недавно я прочитал хорошую книгу по повышению эффективности терапии и подумал о вас.

П. (Пациент) Да?

Т. Да, и я кое-что придумал, чтобы ускорить процесс вашего выздоровления. (*Подталкивает к сотрудничеству.*) Вы не против, если я расскажу подробнее?

П. Ладно.

Т. Во-первых, в книге рекомендовали наметить план работ. Это значит, что в начале каждой сессии я буду просить вас перечислять проблемы, решение которых вы хотели бы обсудить на нашей встрече. Например, вы могли бы сказать, что у вас возникла проблема с начальством, или что на выходных вам сложно подняться с кровати, или что вы очень переживаете из-за денежных проблем (*пауза*). Если я буду просить вас обозначать проблемы с самого начала, это поможет нам понять, как лучше распределить время предстоящей сессии (*пауза*). (*Вызывает обратную связь.*) Как вам такое предложение?

## Как пользоваться этой книгой

Эта книга написана для читателей с любым терапевтическим опытом и уровнем развития навыков, которым не хватает знаний о фундаментальных составляющих когнитивной концептуализации и лечения. Крайне важно понимать, как и когда варьировать стандартное лечение в соответствии с индивидуальными потребностями пациентов.

Ваш рост как когнитивно-поведенческого терапевта ускорится, если вы начнете самостоятельно применять описанные в этой книге инструменты. Сначала по мере чтения старайтесь концептуализировать собственные мысли и убеждения. Начните обращать внимание на изменения собственного эмоционального состояния. Заметив, что ваше настроение изменилось или сильно ухудшилось (или заметив, что вы ведете себя дисфункционально и ощущаете телесные проявления негативных эмоций), спросите себя, что вы

сейчас чувствуете. И, конечно же, задайте себе главный вопрос когнитивно-поведенческой терапии:

**«О чем я только что подумал(а)?»**

Так вы научитесь выявлять собственные автоматические мысли. Ваше самообучение базовым навыкам когнитивно-поведенческой терапии в роли субъекта позволит вам быстрее понять, как передать эти навыки пациентам.

Особенно полезным будет выявлять автоматические мысли по мере чтения этой книги или применения описанных техник с пациентами. Если, например, вы обратите внимание, что чувствуете легкое раздражение, спросите себя: «О чем я только что думал(а)?» Возможно, это поможет вам выявить автоматические мысли вроде:

- «Это слишком сложно».
- «Возможно, я не смогу это освоить».
- «Мне некомфортно это делать».
- «А что, если я попробую, а это не сработает?»

Опытные терапевты, которые сначала специализировались на других направлениях психотерапии, могут отметить другие автоматические мысли:

- «Это не сработает».
- «Пациенту это не понравится».
- «Это слишком поверхностно/структурировано/неэмпатично/просто».

Выявив у себя подобные мысли, вы можете либо снова сосредоточить внимание на чтении, либо перейти к главам 11–12, в которых описано, как оценивать автоматические мысли и реагировать на них. Обращая внимание на собственный образ мыслей, вы сможете не только развить навыки когнитивно-поведенческого терапевта, но и научитесь менять собственные дисфункциональные мысли и влиять на настроение (а значит, и на поведение), что только облегчит вам процесс обучения.

Стандартная аналогия, которая часто используется в работе с пациентами, подойдет и для начинающих когнитивно-поведенческих терапевтов. Осваивать навыки когнитивно-поведенческой терапии — то же самое, что осваивать другие навыки. Помните, как вы учились водить или пользоваться компьютером? Сначала вы действовали неуклюже? Нужно было уделять огромное внимание деталям и действиям, которые теперь получается за просто выполнять автоматически? Бывало так, что вы падали духом? По мере продолжения обучения казалось ли вам, что вы все лучше понимаете, что происходит, все увереннее себя чувствуете? И освоили ли вы в конце концов навыки до такой степени, что смогли пользоваться ими легко и непринужденно? У большинства людей есть опыт подобного получения навыка, в котором они в итоге преуспели.

Так же проходит и процесс обучения когнитивно-поведенческой терапии. Приступая к работе с пациентами, ставьте небольшие, четко сформулированные, реалистичные цели. Хвалите себя за маленькие достижения. Сравните достижения с уровнем способностей до начала чтения книги или со временем, когда вы впервые узнали о когнитивно-поведенческой терапии. Осваивайте разные способы реагирования на негативные мысли, например на те, в которых вы сравниваете себя с опытными поведенческими терапевтами или которые снижают вашу уверенность в себе, потому что сравнивают ваш текущий уровень с целевым.

Если вы беспокоитесь о том, как пациенты отнесутся к вашему предложению использовать методы когнитивно-поведенческой терапии, сделайте для себя копинг-карточки с важными утверждениями. Перед первым самостоятельным приемом пациентов у моих студентов часто возникают непродуктивные мысли. Я предлагаю им делать специальные карточки, которые будут на эти мысли отвечать. Конечно же, их содержание определяется индивидуально, но обычно на них пишется что-то подобное:

*Передо мной не стоит цели вылечить пациента сегодня.  
Никто не ждет от меня этого.*

*Моя цель — заключить хороший терапевтический союз,  
помочь решить какие-то проблемы и, если получится,  
развить собственные навыки в области когнитивно-поведенческой терапии.*

Чтение таких карточек помогает снизить тревогу и сосредоточиться на пациентах — а значит, работать эффективнее.