

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 убеждений 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. Помогающие 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 удастся 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, лежа 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 (Beck, 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 Бексом 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.

Джудит: 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.)