

ЧАСТЬ I

**ТЕОРИЯ,
ИССЛЕДОВАНИЯ
И КЛИНИЧЕСКИЕ
МЕТОДЫ**

Глава 1

ОБЗОР КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ

Дэниел О. Дэвид
Артур Фримен

«Нормальная» человеческая личность состоит из различных личностных черт. Действительно, у каждого из нас есть собственный «профиль», включающий в себя несколько центральных особенностей, ряд основных и множество второстепенных черт (Hogan, Johnson, & Briggs, 1997; John, Robinson, & Pervin, 2010; Matthews, Deary, & Whiteman, 2003).

Если мы оцениваем качества личности с точки зрения производительности (например, насколько человек соответствует определенным стандартам), мы говорим о способностях (интеллект, творческие способности). Оценивая черты личности с точки зрения социальных ценностей, мы говорим о складе характера (например, щедрость, агрессивность). Наконец, если мы оцениваем личностные черты с точки зрения динамизма и энергии, мы подразумеваем особенности темперамента (импульсивность, сдержанность; Hogan et al., 1997; John et al., 2010).

Существует множество моделей человеческой личности. Мы не будем рассматривать здесь их все, поскольку это не является целью главы (более полный обзор — см. работы Хогана и Джона; Hogan et al., 1997; John et al., 2010). Хотим лишь упомянуть, что наиболее полной и эмпирически подтвержденной моделью человеческой личности является модель «Большой пятерки» (Costa & McCrae, 1992). Согласно ей, человеческую личность характеризуют пять факторов: (1) открытость, (2) добросовестность, (3) экстраверсия, (4) доброжелательность и (5) невротизм. Каждый фактор включа-

ет в себя множество специфических личностных черт. Например, экстраверсия предполагает такие черты, как позитивный настрой, уверенность в себе, динамизм и так далее (Matthews et al., 2003).

Также существует множество моделей расстройств личности (Millon, Millon, Meagher, Grossman, & Ramnath, 2004). Первые упорядоченные модели были основаны на психоаналитическом подходе, который получил дальнейшее развитие как динамическая психоаналитическая парадигма. Гуманистическая экзистенциально-экспериенциальная парадигма также имеет ряд моделей расстройств личности. Естественно, и когнитивно-поведенческий подход предлагает собственные модели. При этом динамическая психоаналитическая и гуманистическая экзистенциально-экспериенциальная парадигмы явно не связаны с тем, что говорит психопатология в отношении расстройств личности (например, система DSM), а когнитивно-поведенческая парадигма, наоборот, согласуется (хотя и не обязательно зависит от них) с основными моделями расстройств личности в психопатологии. Например, модель когнитивной терапии расстройств личности (А. Веck, глава 2) рассматривает расстройство личности, основанное на DSM, как гипертрофию черт, которые возникают в адаптивном контексте, но становятся преувеличенными и доминирующими в ходе развития.

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД К РАССТРОЙСТВАМ ЛИЧНОСТИ

Структура/парадигма когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) включает в себя набор взаимосвязанных теоретических принципов и методов, которые могут быть собраны в клинические стратегии (клинические протоколы), и руководство, описывающее последовательность шагов. Из общей основы КПТ могут быть выведены различные методы терапии на основе (1) общих и/или конкретных моделей, связанных с различными клиническими состояниями, что способствует развитию теоретически обоснованных методов (то есть системных психологических методов КПТ); и/или (2) многокомпонентной комбинации методов КПТ для конкретного клинического состояния с меньшей теоретической интеграцией,

основанной на общих теоретических принципах КПТ, а не общей и/или специфической модели КПТ для данного клинического состояния (то есть *многокомпонентные психологические методы КПТ*).

Среди эмпирически исследованных системных психологических методов терапии, созданных в рамках «школы мысли КПТ», можно упомянуть терапию принятия и ответственности (АСТ; Hayes, Strosahl, & Wilson, 2011), диалектическую поведенческую терапию (DBT; Dimeff & Linehan, 2001) и схема-терапию (ST; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Очевидно, сюда же следует включить когнитивную терапию (СТ; Бекк, 1976; J. Бекк, 1995) и рационально-эмотивную поведенческую терапию (REBT; DiGiuseppe, Boyle, Dryden, & Backx, 2013; Ellis, 1994), которые, хотя и являются основополагающими подходами общей парадигмы КПТ (см. ниже), также рассматриваются как системные психологические методы КПТ.

Наконец, есть множество многокомпонентных психологических методов КПТ, организованных по принципу практической терапевтической работы, менее теоретически обоснованных и/или интегрированных (см. Перечень психологических методов лечения Американской психологической ассоциации на основании проведенных исследований, 12; www.div12.org/PsychologicalTreatments/index.html).

Теоретические основы КПТ

Когнитивная терапия Бека (Beck, 1963, 1976) и РЭПТ Эллиса (Ellis, 1957, 1962, 1994) лежат в основе структуры современной парадигмы КПТ. В соответствии с более ранними моделями поведенческой терапии они рассматривали симптомы расстройства личности не как выражение основного заболевания/расстройства/конфликта, а скорее как усвоенные реакции на конкретные или общие стимулы. В отличие от более ранних принципов поведенческой терапии, а также существующих медицинских подходов, инновационным здесь было то, что реакции человека (например, субъективные, когнитивные, поведенческие, психофизиологические) — приобретенные или являющиеся выражением основного расстройства — лечились по-разному. Акцент делался на когнитивной составляющей, которую выдвигали в качестве «причины» всего остального. Однако это не означает, что причинно-следственная связь является однонаправ-

ленной. Как Бек (с его концепцией «режима» — Beck, 1996; см. также глава 2), так и Эллис (с концепцией «взаимозависимости» — Ellis, 1957, 1994) обращали внимание на то, что все типы реакций тесно взаимосвязаны и образуют многомерную интерактивную психологическую структуру. Таким образом, модель ABC (Ellis, 1994; J. Beck, 1995) стала общей основой структуры КПТ (см. рис. 1.1).

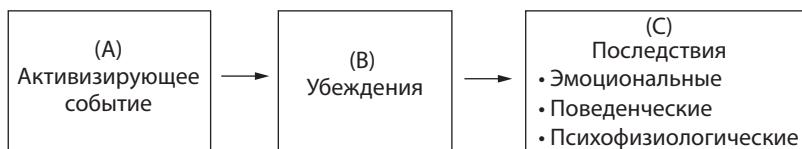


Рис 1.1. ABC-модель КПТ

«А» («**activating event**») относится к активирующим событиям, как внешним, так и/или внутренним. «В» («**beliefs**») означает все убеждения человека в целом, то, как он обрабатывает информацию (то есть как устроено его познание) в форме убеждений и мыслей. Первоначально как Эллис (Ellis, 1957, 1962, 1994), так и Бек (Beck, 1963, 1976) делали акцент на осознанной обработке информации (то есть эксплицитные когниции в форме убеждений и мыслей); она может быть неосознанной (то есть функциональное когнитивное неосознанное), но с помощью определенных техник (например, мониторинга мыслей и образов) обработку информации можно сделать осознаваемой. «С» («**consequences**») относится к последствиям в форме субъективных, поведенческих и/или психофизиологических индивидуальных реакций. Как правило, искаженные когнитивные представления связаны с дисфункциональными последствиями (например, дисфункциональные/нездоровые чувства, неадаптивное поведение), в то время как неискаженные представления связаны с функциональными последствиями (функциональные/здоровые чувства, адаптивное поведение). Однажды сформированное «С» может стать новым «А», тем самым дополнительно усиливая метаубеждения/вторичные убеждения («В'»), порождающие метапоследствия/вторичные последствия («С'»).

На основании универсальной когнитивной модели КПТ были разработаны конкретные когнитивные модели в зависимости от

(1) типа когниций, о чем говорится в «В»; (2) последовательности клинических стратегий (например, сначала изменение «А» и/или изменение «В» и/или нацеливание на «С»); и (3) как терапевт, учитывая специфику клиента, работает с различными клиническими состояниями.

Например, что касается типа когниций, мы различаем «холодные» и «горячие» мысли (более подробно — Wessler, 1982; и производная работа David & Szentagotai, 2006). К холодным относится описание реальности (например, «Моей жены сейчас нет дома»), а также интерпретации/выводы человека (например, «Она мне изменяет»). Горячие мысли — это то, как мы оцениваем эти описания и выводы о реальности (например, «Жена не должна изменять мне, если это произойдет, это будет самым ужасным и худшим, что только может быть»). Как холодные, так и горячие мысли могут быть поверхностными убеждениями (то есть автоматическими мыслями/самоутверждениями) или глубинными убеждениями. КТ Бека изначально была больше сосредоточена на описаниях и выводах (например, см. «когнитивные ошибки»; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), что в большей степени связывало ее с общей теорией атрибуции (Weiner, 1985). Впоследствии КТ и другие подходы в рамках КПТ, такие как схема-терапия и ДПТ, брали в расчет как холодные, так и горячие мысли, которые обычно феноменологически интегрированы (то есть в как они возникают сознании клиента). В действительности различные шкалы искаженных мыслей (например, Опросник автоматических мыслей [Hollon & Kendall, 1980]; Шкала дисфункциональных отношений [Weissman, 1979]; Схема-опросник Янга [Young & Brown, 1994]) включают в себя как горячие, так и холодные мысли. РЭПТ проводит четкое различие между описаниями/выводами и оценками. Иррациональные убеждения («Жена не должна изменять мне, и если это произойдет, для меня это будет катастрофа») и рациональные убеждения («Я не хочу, чтобы жена изменяла мне, и поэтому я делаю все возможное, чтобы этого не произошло; я могу принять, что какие-то вещи находятся вне моего контроля; если это произойдет, будет очень печально, но это не самое худшее, что может произойти») рассматриваются как оценки; что связывает их с более общей теорией оценки (Lazarus, 1991). РЭПТ на основании теории оценки (Lazarus, 1991) полагает, что холодные

мысли (например, описания/выводы) — без последующей оценки — не вызывают чувств, хотя они могут формировать поведение.

Если говорить о последовательности клинических стратегий в КТ, то обычно сначала акцент делается на автоматических мыслях (большинство из них выглядят как описания и выводы — включая мысленные образы — и/или как комплекс холодных и горячих мыслей), а затем на глубинных убеждениях (то есть тех, которые закодированы в нашем сознании в виде схем). Рано или поздно КТ также фокусируется на активизации событий с помощью стратегий решения проблем и/или на последствиях убеждений с помощью поведенческих и/или копинговых стратегий (J. Beck, 1995). Однако интерактивная природа базовых элементов индивидуальна для каждого человека. Для одного эта последовательность может представлять собой следующую цепочку — «мысль — аффект — поведение», для другого — «поведение — аффект — мысль», для третьего — «аффект — мысль — поведение». Для сравнения, РЭПТ фокусируется на изменении дисфункциональных последствий, меняя сначала иррациональные убеждения, а затем, если они не были успешно изменены в процессе реструктуризации иррациональных убеждений, на изменении холодных мыслей. В этом процессе сначала делается акцент на поверхностных убеждениях в форме конкретных иррациональных самоутверждений, а позже — на общих иррациональных базовых убеждениях. После когнитивной реструктуризации РЭПТ переходит к другим компонентам, таким как активирующее событие/А (например, с помощью стратегий решения проблем) и/или последствия С (например, с помощью поведенческих методов и/или копинговых стратегий; DiGiuseppe et al., 2013). АСТ (Hayes et al., 2011), а также когнитивная терапия на основе осознанности (МВСТ) (Segal, Williams, & Teasdale, 2002) и другие методы так называемой КПТ третьей волны высказывали сомнения в необходимости изменения содержания искаженных когнитивных представлений для достижения адаптивных изменений на эмоциональном и поведенческом уровнях, утверждая, что необходимо модифицировать (то есть когнитивно реструктурировать) функцию искаженных представлений — нейтрализовать и сознательно разрядить их — с помощью техник терапии принятия и ответственности.

В КПТ также существуют разные представления о том, как психотерапевту следует работать с клиническими состояниями (Ellis, 2003; Padesky & Beck, 2003). КТ приводит доводы в пользу очень конкретных и подробных моделей для каждого клинического расстройства (J. Beck, 1995; Beck, Freeman, & Davis, 2004). РЭПТ (DiGiuseppe et al., 2013) и позже СТ (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014) поддерживали более общие модели, касающиеся различных клинических состояний, утверждая, что, несмотря на валидность конкретных моделей, за общей спецификой скрываются общие психологические процессы, выраженные в искаженных глубинных убеждениях. Эти искаженные глубинные убеждения могут по-разному проявляться при различных клинических состояниях (David, Lynn, & Ellis, 2010). Этот процесс аналогичен тому, что наблюдается в нейросенс, где все разнообразие симптомов и нарушений может быть сведено (и/или объяснено) несколькими классами нейротрансмиттеров и их взаимосвязями.

Недавно Дэвид (в печатных источниках) попытался объединить эти модели, расширив ABC-схему, основанную на когнитивной науке и когнитивной нейробиологии, попытавшись таким образом трансформировать поле из различных подходов КПТ в интегративную и мультимодальную КПТ (ИМ-КПТ; David, Matu, & David, 2013). Эту попытку можно считать интегративной, поскольку взаимосвязанные теоретические принципы лучше встраиваются в последовательную теорию КПТ (то есть универсальную модель КПТ), которая может вместить различные школы КПТ и их общие и/или конкретные модели. Этот подход является мультимодальным, поскольку различные методы и клинические стратегии (из КПТ и/или других направлений психотерапии) были получены и/или концептуализированы на основе интегративной теории КПТ, а не являются компонентами, взятыми из различных общих принципов КПТ, более или менее связанными между собой и прагматично организованными для работы с клиническими состояниями в парадигме КПТ. Таким образом, ИМ-КПТ подчеркивает теоретически обоснованный (то есть интегративный) мультимодальный подход, призванный помочь пациентам в преодолении различных психологических состояний.

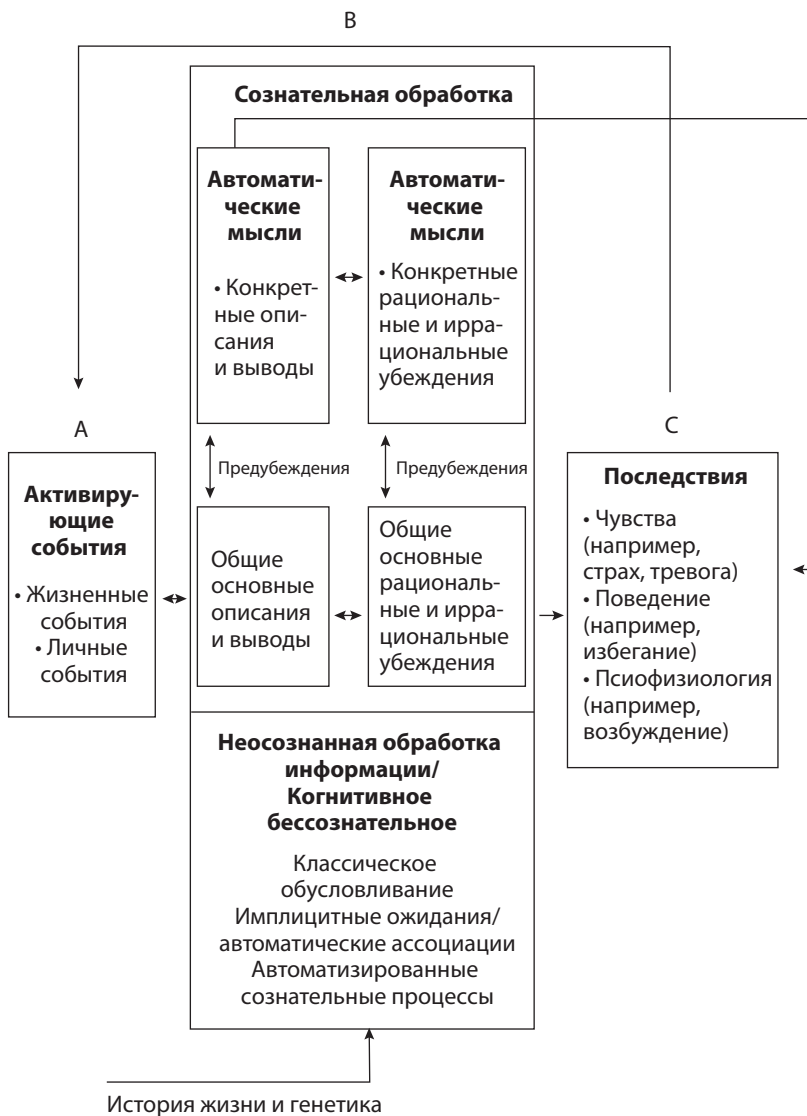


Рис. 1.2. Современная модель ABC КПТ (David, из печатных источников).
Авторские права: Уэйли-Блэквелл (Wiley-Blackwell).
Перепечатано с разрешения автора