

НАУЧНО-
ОБОСНОВАННАЯ
ПРАКТИКА
В КОГНИТИВНО-
ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ
ТЕРАПИИ

ДЕБОРА ДОБСОН
КЕЙТ ДОБСОН



Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy

SECOND EDITION

Deborah Dobson
Keith S. Dobson



THE GUILFORD PRESS
New York London

ДЕБОРА ДОБСОН
КЕЙТ ДОБСОН

НАУЧНО-ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии



Санкт-Петербург · Москва · Екатеринбург · Воронеж
Нижний Новгород · Ростов-на-Дону
Самара · Минск

2021

ББК 88.481
УДК 616.89
Д57

Под научной редакцией
председателя Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии,
вице-президента Российской психотерапевтической ассоциации
Д. В. Ковпака

Добсон Д., Добсон К.

Д57 Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии. — СПб.: Питер, 2021. — 400 с.: ил. — (Серия «Когнитивно-поведенческая психотерапия»).

ISBN 978-5-4461-1584-6

Это новое издание базового руководства одного из лидеров современной когнитивно-поведенческой терапии Кейта Добсона, президента Всемирной конфедерации КПТ (WCCBT), и его супруги, профессора клинической психологии факультета психологии Университета Калгари Деборы Добсон. Опытные терапевты и начинающие свою практику КПТ смогут узнать подробные описания основных принципов и методик, теории и техник, а также их научное и методологическое обоснование. Эта книга станет настольным пособием для профессионалов, поскольку детализировано и пошагово описывает диагностику с ассесментом, тестами, шкалами и структурированным клиническим интервью, психотерапевтическим контрактом, формированием рабочего альянса и терапевтических отношений, раскрывает различные ценные аспекты терапии, включая ее планирование, с определением целей и задач, психообразование, когнитивные и поведенческие техники, стратегии решения проблем и тренинги закрепления альтернатив.

- Разбираются типичные трудности и ошибки с разъяснением возможных решений.
- Описаны структурированные этапы терапии, ее завершение и профилактика рецидивов.
- Авторы отделяют мифы о КПТ от фактов и последовательно раскрывают суть научно-обоснованной технологии КПТ.

16+ (В соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2010 г. № 436-ФЗ.)

ББК 88.481
УДК 616.89

Права на издание получены по соглашению с The Guilford Press. Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

ISBN 9 8 7 6 5 4 3 2 1 англ.

© 2017 The Guilford Press A Division of Guilford Publications, Inc.

ISBN 978-5-4461-1584-6

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер», 2021

© Издание на русском языке, оформление ООО Издательство «Питер», 2021

© Серия «Когнитивно-поведенческая психотерапия», 2021

© Д. В. Ковпак, предисловие, 2021

Оглавление

Об авторах	9
Предисловие Д. В. Ковпака	10
Предисловие	14
Глава 1. Введение и контекст когнитивно-поведенческих интервенций	18
Принципы когнитивно-поведенческой терапии	23
Актуальный контекст: где мы находимся сейчас	25
Социальные и культурные факторы в практике КПТ	30
Выводы	34
Глава 2. Оценка в когнитивно-поведенческой терапии	36
Нужно знать доказательную базу: эмпирически обоснованное оценивание.	37
Инструменты когнитивно-поведенческой оценки	40
Интервью	41
Самоотчеты.	54
Наблюдение	56
Самомониторинг	57
Дополнительные источники информации	58
Дополнительные факторы при подборе инструментов для оценки	59
Оценка как длительный процесс: отслеживание прогресса	59
Оценка на сессии	60
Периодическая переоценка целей	61
Средства периодической оценки результатов.	61
Завершение психотерапии и последующая оценка.	62

Глава 3. Интеграция и концептуализация	63
Концептуализация случая	64
История	64
Доказательная база.	66
Концептуализация шаг за шагом.	73
Шаг 1. Составление Списка проблем.	73
Шаг 2. Разработка исходной концептуализации случая.	77
Шаг 3. Обсуждение концептуализации с клиентом и оценка результатов	80
Глава 4. Выстраивание альянса и планирование как подготовка почвы для когнитивно-поведенческой терапии	96
Отношения в когнитивно-поведенческой терапии	97
Роль психотерапевта	99
Баланс структурированности и гибкости	106
Как поддерживать в клиентах надежду и позитивные ожидания.	108
Продвижение совместного эмпиризма.	109
Использование отношений как показателя изменений.	110
Планирование лечения, постановка целей и терапевтический контракт.	111
Этапы постановки целей и планирования лечения	115
А если клиенты принимают не эту модель?	118
Что насчет мотивации к изменениям?	121
Глава 5. Начало лечения. Структурирование когнитивно- поведенческой терапии.	129
Последовательность этапов и продолжительность терапии.	130
Ориентация и структура сессий	132
Психообразование	135
Что известно об эффективности и преимуществах психообразования?	140
Домашние задания	143

Глава 6. Поведенческая работа. Развитие навыков	147
Поведенческие интервенции, направленные на развитие полезных навыков	148
Планирование активности.	148
Тренинг навыков и практика.	157
Глава 7. Поведенческая работа. Снижение избегания.	179
Поведенческие интервенции, направленные на снижение избегания.	180
Экспозиционная терапия.	182
Поведенческая активация	197
Финальный комментарий о социальном контексте.	200
Глава 8. Когнитивная работа. Определение целей.	202
Идентификация негативных мыслей.	204
Клиенты, которым сложно называть ситуации или триггеры	206
Клиенты, которым сложно идентифицировать эмоции	208
Клиенты, которые не понимают природу своих чувств	210
Клиенты, которым сложно называть свои мысли	210
Клиенты, которые формулируют мысли в вопросительной форме.	212
Клиенты, путающие мысли с убеждениями, схемами и допущениями.	213
Клиенты, которые сразу пытаются отвечать на собственные негативные мысли.	214
Методы сбора негативных мыслей	215
Интервенции для работы с негативным мышлением	219
Глава 9. Когнитивная работа. Обращение к негативным мыслям	221
Какие доказательства можно найти «за» и «против» этой мысли?	222
Общие принципы.	224
Проверка доказательств негативных мыслей.	226

Выявление нереалистичных ожиданий	227
Проверка ошибок атрибуции	229
Круговые диаграммы для оценки причин событий	230
Изменение ярлыков	231
Переход от дихотомического мышления к использованию градаций	232
Эмоции и эмоциональное обоснование	233
Когнитивная терапия, основанная на расследовании	234
Альтернативные способы мышления о ситуации	234
Формулирование и оценка альтернативных мыслей	235
Культивирование позитивных мыслей	241
Каковы последствия такого образа мыслей?	242
Другие способы работы с негативным мышлением	245
Реалистичное негативное мышление	245
Проблемы, связанные с когнитивной реструктуризацией	247

Глава 10. Когнитивная работа. Глубинные убеждения

и схемы	253
Определение глубинных убеждений и схем	256
Концептуализация убеждений и схем	259
Обнаружение убеждений и схем	263
Поиск тем	264
Повторяющийся опыт	266
Падающая стрела	266
Раскрытие концептуализации случая	266
Поведенческие эксперименты	267
Гипотетические ситуации	268
Взгляд в прошлое	268
Эмоциональный прайминг	269
Материалы для чтения	269
Формальная оценка	270
Изменение схем	271
Методы изменения схем	273
Интервенции, основанные на принятии	285

Глава 11. Завершение терапии и предотвращение рецидивов . . .	291
Концепции и факторы, связанные с завершением психотерапии	293
Завершение терапии	300
Сколько должна длиться терапия	302
Клинические реалии и оптимальное лечение	305
Принятие решения о прекращении терапии	308
Предотвращение рецидивов	313
Глава 12. Сложности, возникающие в когнитивно-поведенческой терапии	320
Сложности, возникающие со стороны клиента	321
Недостаточная приверженность терапии	321
Клиенты, которые слишком хотят вам угодить	329
Требовательные, агрессивные и злые клиенты	331
Клиенты с другими сложностями в сфере межличностного взаимодействия	333
Клиенты, которые иначе представляют себе путь изменений	333
Клиенты, у которых постоянно возникают новые проблемы	338
Клиенты в кризисах и чрезвычайных обстоятельствах	340
Сложности, возникающие со стороны специалиста	347
Когда трудно придерживаться когнитивно-поведенческой модели	347
«Синдром самозванца»	348
Стресс и тревога	349
Усталость или выгорание	350
Сложности, связанные с терапевтическими отношениями	351
Сложности, возникающие за пределами терапии	353
Глава 13. Исследовательский контекст когнитивно-поведенческой терапии	354
Глобальная перспектива	357

Результаты терапии и факторы, связанные с клиентом	359
Результаты терапии и факторы, связанные с психотерапевтом.	362
Факторы отношений, работающие в когнитивно-поведенческой терапии	363
Имеющие доказательную базу переменные, связанные с процессом.	366
Подходы, которые работают	371
Методы оценки терапевтических подходов	371
Подходы, которые не работают	380
Общие принципы терапии.	381
Движение к модели доказательной практики	382
Приложение А. Шкала для оценки когнитивной терапии	384
Приложение Б. Обзор публикаций, касающихся эффективности когнитивно-поведенческой терапии	391

ОБ АВТОРАХ

Дебора Добсон — PhD, психолог, ведущий частную практику в Калгари (Альберта, Канада), внештатный преподаватель факультета психологии Университета Калгари. Руководила отделением клинической подготовки в рамках программы ординатуры по клинической психологии в Калгари. В 2014 году запустила первую программу сертификации по когнитивно-поведенческой терапии в Западной Канаде. Доктор Добсон состояла в совете директоров Канадской ассоциации когнитивных и поведенческих терапий с 2010 по 2016 год и получила Governor General's Caring Canadian Award за активное участие в работе в Канадской ассоциации психического здоровья по региону Калгари. Профессиональные интересы Деборы распространяются на расширение доступа к эмпирически обоснованным формам лечения, клиническую подготовку и супервизии, а также КПТ тревожных расстройств.

Кейт Добсон — PhD, профессор факультета психологии Университета Калгари, а также эксперт программы Opening Minds Канадской комиссии по психическому здоровью, прежде всего по вопросам снижения стигмы на рабочих местах. Его исследования направлены на изучение когнитивных моделей и КПТ депрессии. Доктор Добсон опубликовал около 230 статей и глав, 13 книг, выпустил 2 DVD и один DVD-сериал. В прошлом — президент Канадской психологической ассоциации, Академии когнитивной терапии и Международной ассоциации когнитивной терапии. Среди прочих доктор Добсон удостоен награды за вклад в психологическую науку, а также получил от Канадской психологической ассоциации премию имени Дональда О. Хебба за вклад в развитие психологической науки.

ПРЕДИСЛОВИЕ Д. В. КОВПАКА

Книга, которую вы сейчас читаете, особенно знаменательна для нашей Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии. Она описывает богатый арсенал диагностических и лечебных методик когнитивно-поведенческой терапии в качестве научно обоснованного направления психотерапии. Книга будет полезна для получения структурированного представления о теории и практике когнитивно-поведенческой терапии (КПТ). Ее авторы являются одними из лидеров современной когнитивно-поведенческой терапии и экспертами мирового уровня, имеют уникальную подготовку и многолетнюю практику. Поэтому даже опытные коллеги найдут здесь много важных и полезных элементов, техник, методик и алгоритмов. Это долгожданное издание станет для нас одним из базовых и одновременно фундаментальных руководств для квалифицированной подготовки и сертификации специалистов в области когнитивно-поведенческой терапии, а для многих — настольным пособием и удобным путеводителем по современной и доказательной психотерапии.

В каждой главе этой книги качественно и доступно раскрывается важная практическая тема, приводятся наглядные примеры и иллюстративный разбор кейсов. Авторы пошагово познакомят вас с ведущими принципами и факторами КПТ, ее целями, задачами и этапами, техническим инструментарием и межличностным взаимодействием. Диагностика и процесс оценки, интеграция материала клиента и шаги концептуализации кейса содержат ценнейший материал о тестах, шкалах и интервью, с примерами полуструктурированного и структурированного вариантов, наблюдения и самомониторинге. Введение в терапию, выстраивание рабочего альянса и терапевтических отношений сопровождаются примером психотерапевтического контракта. Специфика постановки целей и планирования терапии, поведенческих и когнитивных техник — от поведенческой активации и экспозиции до тренингов навыков и решения проблем, от анализа когнитивных искажений до когнитивной реструктуризации и изменений убеждений, работы с мотивацией и «сопротивлением». Структура первой

и последующих сессий, а также курса в целом, подробности и научное обоснование психообразования, повышение эффективности выполнения домашних заданий, профилактики рецидивов и процесса завершения терапии, а также прочие важные элементы КПТ будут полезны для детального изучения специалистам любого уровня подготовки. Особенно интересными «изюминками» для многих терапевтов будут протокол работы с бессонницей (СВТ-I — протокол КПТ-Инсомнии), навыки заботы о себе, подробное описание формирования навыков решения проблем, преодоление избегания и содержательное изложение экспозиции — от ее научного обоснования до технических нюансов, методы сбора негативных автоматических мыслей и интервенции, на них направленные, работа с атрибуциями, убеждениями и схемами, а также проработка альтернатив. Отдельное внимание Добсона уделили сложностям, типично возникающим в ходе терапии, и работе с рисками, дав подробные и полезные рекомендации, обратив внимание также на проблемы и кризисы самого психотерапевта — от «синдрома самозванца» до профессионального выгорания. А завершили этот монументальный труд глобальными перспективами и обзором современных тенденций и профессиональной литературы.

Профессор Кейт Добсон является президентом канадской Ассоциации когнитивно-поведенческой терапии, экс-президентом Академии когнитивной терапии (2009–2010) и действующим президентом Всемирной конфедерации когнитивно-поведенческой терапии (с 2019 года). Он награжден множеством премий: в 2013 году получил премию имени Дональда О. Хебба «За выдающийся вклад в канадскую психологию как науку» и «За выдающийся вклад в интернационализацию психологии», в 2017 году — премию от канадской психологической ассоциации. В 2013 году ему была вручена ежегодная премия Института когнитивных исследований Аарона Т. Бека «За выдающийся вклад в когнитивно-поведенческую терапию».

К моменту выхода русскоязычного перевода данного издания доктор Добсон опубликовал 270 статей, 74 главы и 17 книг. Эти научные произведения пользуются популярностью во всем мире. Публикации профессора Добсона относятся к числу часто цитируемых и считаются наиболее авторитетными в области КПТ депрессии. Например, по данным Google scholar, метаанализ КПТ для депрессии содержит на сегодняшний день 1258 его цитат.

В дополнение к результатам исследований доктор Добсон изучил механизм, с помощью которого КПТ производит эффект в процессе лечения депрессии. В своей работе он рассматривал изменения внимания

как центральную особенность обработки информации у депрессивных пациентов в ходе КПТ. Две его статьи на эту тему, одна из которых была посвящена обработке информации и когнитивной организации при депрессии (опубликована в журнале *Abnormal Psychology* в 2001 году, 203 цитирования), а вторая — предикторам исхода лечения пациентов (опубликована в журнале *Clinical Psychology Review* в 2002 году, 190 цитат), оказали сильное влияние на содержание руководств в области изучения медиаторов и модераторов эффектов КПТ.

Несколько публикаций Кейта С. Добсона были связаны с оценкой психометрических свойств важнейших инструментов оценки КПТ и лечения депрессии. Профессор Добсон возглавил работу по оценке «пересмотренной шкалы депрессии Бека», которая была признана наиболее психометрически обоснованной краткой оценкой депрессии у пациентов, опубликованной в престижном научном журнале *Psychological Assessment* (на сегодняшний день 1549 цитат). В настоящее время это один из самых популярных инструментов среди профессионалов во всем мире для диагностики депрессии.

Профессор Добсон получил большое количество наград от независимых профессиональных организаций и учебных заведений из Канады (Психологическая ассоциация Британской Колумбии, Канадская психологическая ассоциация, Ассоциация психологов Альберты), США (Институт когнитивных исследований Аарона Т. Бека) и всего мира (Боливийское общество научной психологии, Латиноамериканская ассоциация поведенческого анализа и модификации, Российская ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии). Эти награды вкупе с регулярными просьбами о проведении тренингов на профессиональных мероприятиях по всему миру являются наглядным свидетельством того, насколько высоко оценена его научная и практическая работа, как она значима для клинических психологов и психотерапевтов и востребована профессионалами во всем мире. Доктор Добсон подготовил большое количество материалов и текстов, которые стали основой учебных программ КПТ по всему миру. Интеллектуальные усилия доктора Добсона были направлены на создание важных ресурсов и методологической базы для подготовки специалистов, в том числе в последние годы и в России. По приглашению Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии Кейт С. Добсон приезжал в нашу страну в 2018 году: он принял активное участие в качестве хедлайнера СВТFORUM-2018 и провел незабываемые и насыщенные практико-ориентированные семинары в Санкт-Петербурге и Москве.

Дебора Добсон, супруга Кейта, является очень опытным клиническим психологом с большим стажем практической, исследовательской и преподавательской работы, а также адъюнкт-профессором Университета Калгари (Канада). В 2014 году она организовала первую программу сертификации по когнитивно-поведенческой терапии в Западной Канаде. В 2020 году Кейт должен был приехать к нам снова и вместе с Деборой провести ряд обучающих семинаров, но вследствие закрытия границ из-за пандемии коронавируса этот визит был отложен, а специалисты из России и других стран принимают сейчас участие в интенсивном курсе по подготовке когнитивно-поведенческих терапевтов в режиме онлайн, организованном профессорами и супругами Добсонами совместно с Ассоциацией когнитивно-поведенческой психотерапии.

Супруги Добсоны — удивительно гармоничные, интеллигентные и чуткие люди, любящая, дружная и творческая семейная пара, воспитавшая замечательных талантливых детей. Им в их насыщенной жизни удается поддерживать баланс разных ее сфер, уделяя время и большой науке, и преподаванию, и карьере, и социальной активности, и близким, и отдыху в той мере, чтобы получать от них и силы, и поддержку, и самореализацию, и вдохновение.

*Дмитрий Викторович Ковпак,
врач-психотерапевт, кандидат медицинских наук,
доцент кафедры психотерапии, медицинской психологии
и сексологии Северо-Западного государственного медицинского
университета им. И. И. Мечникова,
председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии,
вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации
член Координационного совета Санкт-Петербургского
психологического общества,
член Исполнительного совета международной ассоциации
когнитивной психотерапии (IACP board member),
член Международного консультативного комитета Института
Бека (Member of the Beck Institute International Advisory Committee).
Официальный амбассадор города Санкт-Петербурга*

ПРЕДИСЛОВИЕ

В системах здравоохранения по всему миру все чаще делают упор на доказательные практики, продвигаются методы лечения с доказанной эффективностью. Специалистам в сфере психического здоровья также надо использовать целесообразные и эффективные методы. Организации, финансируемые из государственного бюджета, часто сталкиваются с ограничениями спектра и объема услуг, которые они способны предложить клиентам; частные компании стараются контролировать затраты с целью максимально увеличить прибыль своих акционеров. И в обоих случаях ценится возможность выявить и применить эффективные и ограниченные по срокам формы лечения, вследствие чего именно таким подходам отдается предпочтение при разработке современных практических руководств.

Поскольку когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) доказала свою целесообразность и эффективность, данное направление фигурирует в практических руководствах из области психического здоровья в контексте работы с разными проблемами. Многие студенты и практикующие специалисты стремятся пройти обучение КПТ и найти практическое применение результатам исследований эффекта и процессов психотерапии. Как реализовать доказательный метод в клинической практике? Какие ее аспекты подкрепляются результатами работы ученых? И где проходит граница научного знания: в каких сферах поведение специалиста должно определяться его клиническим опытом и этическими соображениями? Мы стремились ответить на эти вопросы во втором издании книги «Научно обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии», построив мост между исследованиями и практикой, а также осветить инновации и открытия в данном секторе.

Хотя множество публикаций посвящены КПТ, лишь незначительный их процент освещает это психотерапевтическое направление одновременно с точки зрения практики и с позиции науки, а также учитывает системы, в которые оно вписано. Обычно внимание направлено на проблематику, диагностические условия и/или специализированные типы терапии. В итоге мы все лучше разбираемся в том, какие интервенции лучше применять в работе с какими проблемами — однако еще относительно мало публикаций, которыми мог бы руководствоваться

клинический специалист, посвящают трансдиагностическому применению КПТ. А ведь в формах применения когнитивно-поведенческой терапии для разных состояний много общего. В данной книге описаны эти общие факторы процессов оценки, интервенций и консультирования. Последние годы многие аспекты КПТ стали так популярны, что автоматически воспринимаются наиболее эффективными. В данной книге мы разберем их эмпирические основания. А кроме того, выделим области, где научные исследования явно не успевают за практикой, чтобы информировать практикующих специалистов и одновременно способствовать проведению исследований, которые ответили бы на важные вопросы. Мы также рассмотрим некоторые мифы, связанные с когнитивно-поведенческой терапией, и изложим свою позицию относительно них.

Эта книга будет особенно полезна специалистам, которые только открывают для себя КПТ, в том числе студентам вузов и практикантам на курсах клинической и консультативной психологии, ординаторам в психиатрии, другим обучающимся и начинающим специалистам. Судя по обратной связи, которую мы получили после публикации первого издания, даже опытные психотерапевты находят в ней полезное подтверждение собственным предположениям и идеи для пополнения практического репертуара. Мы стремились сделать данный текст максимально практико-ориентированным, подчеркивая при этом связь клинической практики с качественными доказательствами, имеющимися на данный момент в распоряжении ученых.

Мы постарались интегрировать самые качественные результаты научных исследований в реалии клинической практики, четко и реалистично оценивая возможности когнитивно-поведенческой терапии. В каждой главе раскрывается практическая тема, приводятся примеры и выполнен разбор кейсов. Чтобы проиллюстрировать конкретные концепции и техники, мы постоянно делаем отсылки к работе с клиентами. В качестве иллюстрации к применению КПТ с момента диагностической оценки состояния клиента до завершения терапии мы разбираем кейс аллегорического Стивена. Ни один из описанных в книге случаев не является точным воспроизведением ситуации реального человека; каждый представляет собой переработанный и синтезированный выдуманный образ, основанный на работе с реальными клиентами. Так как в обычной жизни случаи многих клиентов не похожи на примеры из учебников и психотерапевты в своей практике неизменно сталкиваются с разными сложностями, мы обсудим наиболее распространенные из них, предложим способы с ними справиться.

В отличие от большинства глав этой книги, ориентированных преимущественно на практику, в последней главе мы дистанцируемся от применения КПТ в индивидуальной работе, чтобы оценить контекстуальные вопросы, связанные с этим психотерапевтическим направлением, а также коснемся исследований результатов терапии. Практикующим специалистам порой сложно найти время и силы на изучение научных работ, поэтому мы предлагаем обобщенный анализ соответствующих публикаций и обзор главных, метааналитических исследований, опубликованных с момента выхода первого издания этого текста.

Любая книга в большей или меньшей степени отражает опыт своих авторов. Эта книга исключением не является. На собственном пути профессионального развития и обучения мы ориентировались на модель ученого-практика; для нас важны и научные, и практические аспекты КПТ. Данная книга посвящена когнитивно-поведенческой терапии взрослых пациентов, потому что именно в этой области работаем и лучше всего разбираемся мы сами. Можно сказать, что авторы книги дополняют друг друга: у одного внимание направлено на академические и исследовательские аспекты вопроса, у другого — более обширный набор практических профессиональных навыков. Тем не менее оба участвовали в исследованиях, проводили мастер-классы и супервизии, читали курсы, вели клиентов, работали в системе здравоохранения и образования. Так что и общий опыт существенный. Еще хочется отметить, что мы — дипломанты Академии когнитивной терапии (www.academyofct.org), а значит, наши терапевтические модели разработаны с упором на данную сферу. Однако книгу мы писали, придерживаясь более широких взглядов и касаясь вопросов, связанных с более общими процессами психотерапии, которые не часто затрагивают авторы изданий о КПТ.

Ни одна книга не выходит в свет усилиями одного человека. Поэтому мы хотим назвать тех, кто сыграл роль в нашей жизни и поддерживал нас в профессиональном развитии. Наиболее сильное влияние на обоих и каждого в отдельности оказали: Аарон Бек, Джудит Бек, Брайан Шоу, Нил Джекобсон, Стив Холлон, Зиндел Сигал, Джон Тиздейл, Дэвид Дозуа, Боб Лихи, Лесли Сокол, Роберт Дерубис, Керри Мазэстил, Гейл Белшер, Барб Бэкс-Дермотт, Чери Питерсон, Дэвид Ходжкинс, Дженнифер Гэрэнджер, Джеймс Ньювенхуис, Нина Джозефовитц, Франк Датиллио и Ник Казантис. Нам довелось работать со многими очень талантливыми магистрантами, аспирантами, интернами и ординаторами. Вместе с ними мы пережили взлеты и падения, некоторые из них внесли свой важный вклад в развитие когнитивно-поведенческой практики. Второе издание этой книги вышло благодаря Джиму

Неджетту — старшему издателю The Guilford Press, и мы говорим ему персональное спасибо за поддержку и помощь. Также выражаем признательность другим сотрудникам издательства, особенно Джейн Кейслар. И хотим подчеркнуть, как важна для нас любовь и поддержка наших детей, Кита и Обри, Бет и Саймона, а также наших внучек, Александры и Клементины. Наконец, мы надеемся, что книга внесет вклад в развитие данного психотерапевтического направления и в конце концов принесет пользу клиентам. Наша работа основывается на желании помогать людям, столкнувшимся с психическими проблемами, и мы надеемся, что книга станет достойным пополнением библиотеки по когнитивно-поведенческой терапии.

Глава 1

ВВЕДЕНИЕ И КОНТЕКСТ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ИНТЕРВЕНЦИЙ

КПТ представляет собой одну из разнообразных моделей психотерапии. В последние годы она привлекла к себе внимание благодаря убедительной доказательной базе и тому, что удачно вписалась в реалии систем здравоохранения по всему миру. В этой главе мы разберем ряд принципов когнитивно-поведенческой терапии, обсудим исторический контекст и современное состояние, а также развитие и продвижение данного направления. Сформулируем, почему, на наш взгляд, КПТ отвечает актуальным социальным и культурным требованиям в сфере психического здоровья. Наконец, опишем общее содержание и подход, согласно которому организованы следующие главы.

Существуют многочисленные доказательства того, что когнитивно-поведенческая терапия — эффективный метод работы со взрослыми людьми, имеющими психические проблемы. В последнее время интерес к этому подходу резко вырос. В 2015 году поисковый запрос по ключевым словам «когнитивно-поведенческая терапия» в базе данных PsycINFO показал почти экспоненциальный рост исследований в этой сфере с 1980 по 2014 год (рис. 1.1). За это время было опубликовано множество книг, посвященных как исследованиям КПТ, так и ее практическому применению. У подхода сформировалась крепкая доказательная база, и многие специалисты сферы здравоохранения по всему миру стали делать упор на доказательные практики в процессе повышения квалификации.

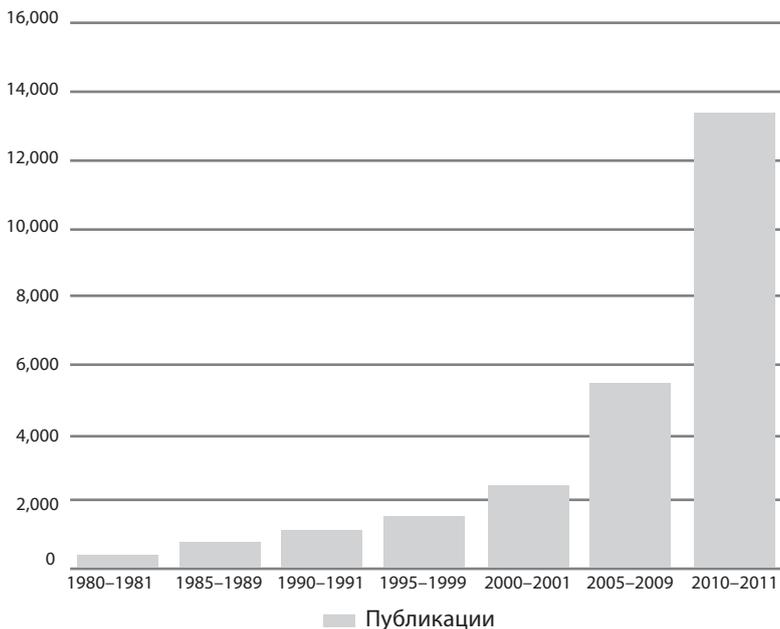


Рис. 1.1. Рост количества публикаций, посвященных КПТ

Учитывая, какую активную поддержку уже имеет когнитивно-поведенческая терапия и как много обучающих материалов по ней выпущено, что побудило нас написать еще одну книгу на данную тему, и без того широко освещенную в академической и популярной литературе? Как и многие коллеги (Goodheart, Kazdin, & Sternberg, 2006; Layard & Clark, 2014), мы убеждены: движение по соединяющему науку и практику мосту должно стать гораздо более интенсивным. Однако основная масса выпускаемых книг имеет научную либо сугубо практическую направленность, и лишь в немногих изданиях их пытаются объединить. И хотя система ценностей, на которых выстроена когнитивно-поведенческая модель, предполагает активное использование результатов научных исследований в работе с клиентами, большинству практикующих специалистов трудно отслеживать обновления исследовательской литературы во всех интересующих сферах. Если вы на собственном опыте прочувствовали уровень занятости практика, наверняка задавались вопросом, где найти время для полноценного мониторинга текущих публикаций. Мы постарались привести новое издание этой книги в соответствие с актуальной

литературой, указать на важные изменения и расширить мост, ведущий в сторону доказательной практики.

Итак, мы внесли свой вклад в укрепление связи между наукой и практикой в надежде, что наши усилия будут полезными. Мы, авторы этой книги, оказались в уникальной позиции, так как имеем возможность поделиться опытом с обеих сторон КПТ. Надеемся, вам удастся применить информацию об эмпирических результатах и методах в своей работе; что она окажется полезной при взаимодействии не только с клиентами, но и с системами, в рамках которых существует ваша практика. Чтобы предлагать клиентам оптимальные формы помощи, желательно уметь трансформировать искусство и мастерство психотерапии в научное поле и разбираться в результатах эмпирических исследований.

Доказательная практика предполагает наличие фундамента научной литературы, но клинические наблюдения являются не менее важной частью ее основания. Поэтому наша главная цель — связать науку и практику в двустороннем формате. Там, где это возможно, мы представим доступную научную доказательную базу относительно применения когнитивно-поведенческой терапии для решения разных проблем в различных условиях. Мы также обратим внимание на сферы клинической практики, где необходимая доказательная база до сих пор не сформирована. Надеемся, что заинтересованные читатели и будущие исследователи со временем восполнят этот дефицит. Так как практика использования КПТ распространяется все шире, крайне важно адаптировать данную модель под разные культуры, проблемы и демографические группы в рамках местных сообществ.

Вторая цель этого издания — выделить уже описанные в литературе принципы когнитивно-поведенческих интервенций и дать практическое руководство по их применению в разнообразных контекстах. На данный момент существует множество руководств по когнитивно-поведенческой терапии, однако они часто созданы для специфических категорий из Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 5-го издания (DSM-5), разработанного Американской психиатрической ассоциацией (АРА) и опубликованного в 2013 году. Обычно такие руководства скрупулезно готовятся и тестируются на тщательно отобранных выборках клиентов в специализированных клиниках. Однако у когнитивно-поведенческих интервенций для разных расстройств есть много общих элементов. Кроме того, на практике большинство клиентов стремятся решить сразу несколько проблем или справиться с коморбидными расстройствами, при работе с которыми

предлагаемые в руководствах интервенции оказываются не слишком эффективными.

Что делать, если клиент демонстрирует проявления сразу нескольких расстройств, с какой проблемы начинать психотерапевтическую работу? Как поступить клиническому специалисту, если клиент решает отказаться от работы над какой-либо из диагностированных проблем? Кроме того, сложности возникают и с субклиническими или недиагностируемыми проблемами вроде низкой самооценки, проблем со сном, адаптацией и межличностным взаимодействием. Проблему могут представлять и некоторые условия жизни клиента: бедность, недоступность услуг здравоохранения, насилие в семье. Наконец, хотя диагноз может дать клиническому специалисту необходимое понимание ряда симптомов, самого клиента могут беспокоить другие, не связанные с ними аспекты жизни, например сложности в межличностных отношениях и движении по карьерной лестнице.

Учитывая данные соображения, мы предлагаем более широкий взгляд на когнитивно-поведенческую терапию, не привязанный к конкретному диагнозу или набору проблем. Хотя постановка диагноза может быть шагом, необходимым с административной точки зрения, или являться условием для получения клиентом бесплатной помощи, диагноз — не критически важный фактор ни для когнитивно-поведенческой оценки, ни для концептуализации случая. На самом деле, в одних условиях использование диагностических категорий может быть широко распространено, в других — вообще не практиковаться, что тоже порой усложняет применение существующих руководств. Ведь большинство практикующих психотерапевтов работают не в специализированных клиниках, а большинство клиентов обращаются за помощью в решении сразу нескольких проблем.

Ряд элементов используется в КПТ для проработки разных проблем, и клиническим специалистам полезно их освоить, научиться адаптировать для применения в сложных ситуациях или со сложными клиентами. Именно поэтому мы придерживаемся более широкого взгляда на проблемы ментального здоровья и надеемся, что наше понимание и описание ключевых черт когнитивно-поведенческой терапии в работе со взрослыми принесет пользу многим клиническим специалистам. Эта книга в первую очередь посвящена индивидуальной работе со взрослыми. Мы понимаем, какие результаты можно получить в групповой, парной, семейной КПТ, и отдаем себе отчет в том, что некоторые условия делают индивидуальную психотерапию недоступной. И все же

когнитивно-поведенческий подход прежде всего предполагает индивидуальное взаимодействие.

В этой книге собраны рекомендации для когнитивно-поведенческих психотерапевтов, работающих с типичными клиентами в разных условиях. Речь идет о клиентах с тревогой, депрессией, проблемами в отношениях и трудностями в адаптации к изменениям и сложностям жизни. Это могут быть люди, злоупотребляющие психоактивными веществами, имеющие другие разрушительные привычки или просто ведущие несбалансированный образ жизни. Они могут испытывать трудности в процессе принятия решений, связанных с близкими отношениями, профессиональной деятельностью или рождением детей. Жаловаться на неудовлетворенность работой или ощущение отсутствия счастья в жизни. Они наверняка будут часто волноваться и искать облегчения от навалившихся забот. Вполне вероятно, у них обнаружится определенный багаж из неудачных попыток самостоятельного решения проблем, поэтому они, скорее всего, будут испуганы, тревожны и/или разочарованы. Все эти проблемы клиенты приносят на психотерапию, а когнитивно-поведенческие интервенции помогают эффективно справиться со многими из них. Важно, чтобы специалист сохранял в работе гибкость, помогающую клиентам достигать максимальных результатов и получать удовлетворение от совместной деятельности. Поэтому у данной книги есть еще одна цель — помочь специалистам научиться оценивать и понимать проблемы клиентов с помощью концептуализации клинического случая, а также принимать решения по выбору подходящих интервенций.

Наконец, важно учитывать контекст. Любые проблемы возникают у человека в контексте его жизни и социальных систем, в рамках которых он выстраивает взаимодействие с другими. В свою очередь, наша практика тоже осуществляется в условиях определенного контекста или системы, которая является важнейшим фактором, непосредственно влияющим на психотерапию. Финансовые ограничения в системах здравоохранения могут склонять чашу весов таким образом, что предпочтение будет отдаваться краткосрочному лечению — даже для клиентов с тяжелыми проблемами. Если система здравоохранения оказывается ориентирована на сокращение или устранение стационарного лечения, стандартом становится амбулаторная форма работы с пациентами. Если система не поддерживает когнитивно-поведенческие интервенции, вероятность того, что специалисты будут их использовать, значительно снижается.

Без сомнения, эпоха и культура, в рамках которых мы практикуем, влияют на отношение к психотерапии в обществе. Ведь неслучайно КПТ возникла в контексте западной культуры, в той ее части, где очевидна позитивная ориентация в сторону науки, вера в логический позитивизм и способность науки решить большинство проблем человечества. Поэтому важно не просто понимать, как история обучения клиента привела к формированию его сильных сторон и слабостей, но и осознавать исторический и культурный контекст психотерапии как явления. Историю когнитивно-поведенческой терапии преподносят по-разному (например, Dobson & Dozois, 2010), так что мы призываем заинтересованных читателей рассмотреть поставленные вопросы и в исторической перспективе. Ниже мы дадим краткое описание принципов КПТ, а затем рассмотрим некоторые социальные и культурные факторы, повлиявшие на ее развитие и продолжающие воздействовать на практику каждого из нас.

ПРИНЦИПЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Многих психотерапевтов интересуют вопросы взаимоотношения разных подходов, в том числе связи между когнитивно-поведенческой терапией, когнитивной терапией; терапией, сфокусированной на решении; рационально-эмоциональной (поведенческой) терапией; интерперсональной когнитивной терапией; диалектической поведенческой терапией; терапией принятия и ответственности, схематерапией и другими вариациями названий, ассоциирующихся с когнитивно-поведенческим направлением. В данном кратком обзоре (соответствует изложенному в Dobson & Dozois, 2010) мы выделяем следующие базовые утверждения или принципы, которые свойственны всем формам психотерапии, относящимся к когнитивно-поведенческой группе:

1. *Гипотеза доступности* предполагает, что содержание и процесс мышления познаваем и может быть оценен. Мысли нельзя назвать бессознательными, предсознательными или по какой-либо причине не доступными осознанию. Когнитивно-поведенческие подходы скорее поддерживают идею о том, что при наличии достаточной тренировки и развитии внимания люди способны научиться осознавать собственный мыслительный процесс.

2. *Гипотеза медиации* предполагает, что мысли являются своего рода посредниками между эмоциональными и поведенческими реакциями на разные ситуации, в которых мы оказываемся. Когнитивно-поведен-

ческая модель не поддерживает идею о том, что люди эмоционально реагируют на ситуацию или прибегают к какому-либо поведению, не задействуя когнитивные процессы. В рамках этой модели принято считать, что наши толкования ситуации и мысли о ней представляют собой важнейший фактор, определяющий возникающие в данной ситуации чувства. Когниции, или мысли влияют и на поведенческие паттерны в разных ситуациях. Так, мы ощущаем тревогу, когда считаем ситуацию опасной. Если у нас возникает мысль об угрозе, повышается вероятность того, что в дальнейшем мы будем пытаться избегать подобных ситуаций или быстрее из них выходить. Эти мысли, а также соответствующие им эмоциональные и поведенческие реакции могут со временем становиться автоматическими. Теоретики когнитивно-поведенческой модели считают, что даже в ситуациях, когда эмоциональные и поведенческие реакции кажутся рефлексивными, элемент когнитивного посредничества (медиации) между событием и типичной реакцией на подобные ситуации присутствует.

3. *Гипотеза изменений*, вытекающая из предыдущих двух, предполагает: раз когниции познаваемы и выполняют медиативную функцию между нашими реакциями на ситуации, мы можем преднамеренно менять формы реагирования на события и сделать свое поведение более функциональным и адаптивным — если разберемся в собственных эмоциональных и поведенческих реакциях. Мы можем научиться систематически применять когнитивные стратегии, помогающие добиваться поставленных перед собой жизненных целей.

Кроме перечисленных выше принципов, когнитивно-поведенческие подходы опираются на философскую концепцию *реализма* (Dobson & Dozois, 2010; Held, 1995). Хотя в этом отношении в рамках когнитивно-поведенческой парадигмы взгляды специалистов могут различаться, в общем и целом все придерживаются гипотезы реализма о том, что реальный мир или объективная реальность существует независимо от того, осознаем мы их или нет. Поэтому считается, что человек может больше узнавать о мире и лучше функционировать в его контексте. Иными словами, гипотеза реализма предполагает, что индикаторами психического здоровья являются более точная оценка мира и, как следствие, адаптация к его требованиям. Если же мы неверно воспринимаем ситуацию, наши действия не будут соответствовать социальной среде. В результате повысится вероятность получить негативные эмоциональные и социальные последствия. Конечно, полностью познать окружающий мир невозможно. Культурная, социальная и личная история человека влияет на систему его убеждений

и привычный образ мыслей о себе и мире. Значит, в какой-то степени все мы в результате будем представлять себе среду не точно. Тем не менее сторонники когнитивно-поведенческой модели считают, что человек, в своих представлениях искажающий реальность или неспособный интерпретировать ситуации в их истинном значении, вероятнее всего столкнется с большим количеством трудностей, чем тот, кто оценивает происходящее более реалистично.

Когнитивно-поведенческая модель оценивает не только *точность* относящихся к ситуации мыслей, но и их *полезность*. Мы понимаем, что паттерны мышления, в том числе общие представления, предположения, глубинные убеждения и схемы (подробнее эти термины будут раскрыты в главе 10), постепенно формируются на основе опыта, полученного в социальной среде. Эти глубинные убеждения влияют на наше отношение к миру и на то, как мы с ним взаимодействуем. Более того, так как когнитивные паттерны потенциально способны сокращать разнообразие ситуаций, в которые мы сами себя направляем и в которых способны себя представить, данные паттерны предрасполагают нас к определенному образу мыслей, со временем превращающемуся в самореализующиеся пророчества. Таким образом, глубинные убеждения влияют не только на воспоминания о прошлом опыте, но и на то, как мы будем развиваться и что станем делать в будущем. Можно сказать, что люди в буквальном смысле создают свою реальность, а потом сами же на нее реагируют.

АКТУАЛЬНЫЙ КОНТЕКСТ: ГДЕ МЫ НАХОДИМСЯ СЕЙЧАС

Для КПТ развитие доказательной медицины и доказательной психотерапии, в частности, оказалось полезным (Goodheart et al., 2006; Layard & Clark, 2014). В 1990-х годах родилось движение за выявление методов лечения, эффективность которых подтверждалась бы эмпирическими исследованиями (Chambless & Ollendick, 2001). В сфере психического здоровья также росла необходимость обращаться к доказательным методам психотерапии и вводить их в клиническую практику. Так, стандарты резидентуры по психиатрии Американской психиатрической ассоциации, а также стандарты Американской и Канадской психологических ассоциаций при обучении клинических психологов и психологов-консультантов предполагают, что студенты должны как минимум соприкоснуться с методами лечения, имеющими доказательную базу.

Направления психотерапии, обладающие доказательной базой, и доказательные практики редко возникают в окончательном виде. В одной из публикаций (Dozois et al., 2014; рис. 1.2) описана эволюция, которую часто проходят теории и исходные идеи, касающиеся применения конкретного подхода к конкретной клинической проблеме, — эволюция, которая всегда сопровождается разбором клинических случаев и открытыми исследованиями разрабатываемой терапевтической модели. В случае, если первые исследования окажутся успешными, за ними последуют другие, более формальные. Они, в свою очередь, будут воспроизведены независимыми исследователями для выстраивания крепкой научной базы, собранной как в лабораторных, так и в более реалистичных клинических условиях. Наконец, когда количество высококачественных исследований станет достаточным, метаанализы и синтезы опубликованных работ позволят сделать обобщающие выводы о клинической ценности нового подхода. После чего (в идеале) можно будет проанализировать прямые затраты и возможности компенсации издержек на применение этого подхода. В течение всего процесса должен вестись диалог между исследователями и практиками, в котором каждая группа может озвучить свои соображения.



Рис. 1.2. Иерархия доказательств в психотерапии. Из Dozois et al. (2014). Copyright 2014, Канадская психологическая ассоциация. Опубликовано с разрешения владельца

Когнитивно-поведенческая психотерапия использовалась для лечения широкого спектра расстройств и проработки разных проблем. Через клинические руководства и профессиональную литературу она распространилась среди представителей сообщества специалистов, работающих в сфере психического здоровья, и постепенно становится более доступной для широкого круга читателей благодаря тематическим публикациям и сайтам (например, www.academyofct.org). Все больше людей узнают о доказательной психотерапии, обращаются за психотерапевтической помощью (McHugh, Whitton, Peckham, Wedge & Otto, 2013) и называют КПТ предпочтительным подходом к лечению (Layard & Clark, 2014). Мы, как клинические специалисты, ценящие доказательность методов, должны относиться к этой тенденции осторожно — чтобы не получилось, что популярность метода затмит доказательства его эффективности (см. главу 13). На сегодняшний день в западном обществе запрос на когнитивно-поведенческие интервенции превышает количество доступных специалистов и услуг. Во многих странах мира наблюдается острая нехватка квалифицированных когнитивно-поведенческих психотерапевтов по отношению к спросу на такие услуги и их потенциальную ценность для общества.

Рассмотрим депрессию. По данным национального опроса на тему здоровья и использования наркотических веществ, проведенного в 2012 году Управлением службы лечения наркотической зависимости и психических расстройств, около 6,9 % взрослого населения ежегодно сталкивается с депрессией. В 2014 году население США составляло около 319 млн человек, и 6,9 % от этого числа — примерно 22 млн случаев клинической депрессии. В клинических исследованиях КПТ депрессии часто используются протоколы лечения, рассчитанные на 20 сессий. Если бы такие протоколы применялись для лечения всех случаев депрессии, понадобилось бы примерно 440 миллионов сессий! Причем в данном примере мы коснулись только ситуации с депрессией, хотя в совокупности показатели распространенности психических расстройств, поддающихся лечению, намного выше. Даже беглая оценка предлагающих психотерапевтическую помощь систем и соответствующих программ демонстрирует и без того очевидную истину: такое количество сессий КПТ невозможно обеспечить всем нуждающимся.

В разных системах здравоохранения вопрос несоответствия спроса и предложения на когнитивно-поведенческую психотерапию пытаются решить по-разному. Некоторые (например, Национальная служба здравоохранения Великобритании) рекомендуют ступенчатый подход, когда пациентам в нетяжелых состояниях предлагают минимальные

интервенции (D. M. Clark et al., 2009). К числу таковых относятся библиотерапия, психообразование и группы когнитивно-поведенческой самопомощи. Одна из целей этих подходов — расширение базы доступных населению ресурсов. Большинство клинических специалистов, работающих в условиях высокой загруженности, ищут способы сделать психотерапию более доступной клиентам; этой цели служат разнообразные группы самопомощи и общественные программы. Кроме того, расцвела индустрия телемедицины, благодаря которой мобильные и интернет-технологии сделали КПТ доступной людям, проживающим в отдаленных и сельских регионах, а также клиентам, не имеющим доступа к классическим формам оказания психологической помощи (Andersson, 2010; Green & Iverson, 2009; Hadjistavropoulos et al., 2011).

Что происходит в системах, предоставляющих психотерапевтические услуги, если принять во внимание очевидный дисбаланс спроса и предложения на КПТ? Рост спроса стал поводом для включения большего количества доказательных практик в учебные программы, посвященные психическому здоровью. Вероятно, со временем число организаций, использующих доказанно эффективные методы психотерапевтической помощи, будет расти. Пока можно отметить развитие рынка постдипломного образования с выдачей сертификатов о повышении квалификации, а также рост количества публикуемых руководств и иных форм обучения для работающих специалистов-практиков. Многие используют эти доступные возможности.

Еще одна позитивная тенденция связана с тем, что все больше организаций включают КПТ в список своих услуг. Когнитивно-поведенческую психотерапию сегодня можно пройти в разных форматах — от частной практики отдельных специалистов до амбулаторных отделений, специализированных и высокоспециализированных клиник и районных программ. В частности, КПТ включена в США в спектр услуг, предлагаемых организациями здравоохранения. Безусловно, эти изменения связаны с краткосрочностью данного направления терапии и относительно низкой стоимостью по сравнению с альтернативными подходами. Кроме того, важную роль играют относительно более высокие показатели успешности применения КПТ, по сравнению с другими, обычно более долгосрочными практиками. Выздоровление и, как следствие, возвращение функциональности клиента наступает быстрее, а это снижает и затраты на услуги системы здравоохранения.

Тем не менее у метода есть не только упомянутые положительные черты: применение когнитивно-поведенческой терапии связано и с рядом трудностей. Многие практические специалисты хотели бы получить

дополнительную подготовку и супервизии, уметь декларировать свои компетенции когнитивно-поведенческого психотерапевта. В каком случае клинический специалист может заявить, что является специалистом в КПТ? Отсутствие «золотого стандарта» в сфере подготовки КПТ-специалистов приводит к возникновению вариативности качества предлагаемых психотерапевтических услуг; под брендом «КПТ» в разных условиях могут предлагаться очень разные услуги. Так, известно, что некоторые клинические специалисты используют техники КПТ в контексте других типов лечения или применяют гибридный подход. Консультанты внедряют когнитивно-поведенческие методики, проводя основную работу в других направлениях, или используют отдельные техники в контексте «эkleктической» практики, не проводя при этом когнитивно-поведенческой концептуализации. Одно из распространенных заблуждений о КПТ заключается в том, что она основана на техниках, которые легко изучить и быстро внедрить в практику. Некоторые специалисты убеждены, что клинический опыт дает им право на свое усмотрение выбирать отдельные элементы из руководств по когнитивно-поведенческой терапии, отказываясь от использования полноценной программы лечения. Ниже в этой книге мы подробно изложим свою позицию, которая заключается в следующем: если доказательная форма лечения определенного расстройства найдена и воплощена в форме соответствующего руководства и если клиницист работает с клиентом, столкнувшимся с соответствующей проблемой, он должен больше следовать рекомендациям и меньше полагаться на свой клинический опыт (кроме ситуаций, когда у него есть веские основания действовать иначе). В целом использование отдельных методов или техник КПТ без применения когнитивно-поведенческого подхода к лечению в целом не представляется нам полезным.

Еще один недостаток резко возросшего интереса к когнитивно-поведенческому направлению со стороны широкой общественности заключается в том, что специалистам хочется применять КПТ в том числе для работы с состояниями, в отношении которых доказательств ее эффективности мало, а то и нет. Несложно понять, почему так происходит: клинические специалисты стараются сделать все возможное для смягчения дистресса клиентов, а доказанно эффективных подходов к работе с конкретной проблемой может попросту не существовать. Тем не менее, когда психотерапия применяется в сфере, для которой до сих пор не разработаны руководства и не проверялась эффективность воздействия, отсутствие желаемых результатов может быть воспринято как доказательство ущербности психотерапевтической модели. Слишком

рьяное применение принципов когнитивно-поведенческой психотерапии в сферах, где вероятность ее эффективности ниже, — настоящий вызов для приверженцев метода, репутация которого в долгосрочной перспективе от такого рвения лишь страдает.

Не стоит забывать, что доказательная база для многих форм когнитивно-поведенческой терапии сформирована в исследовательских клиниках. Такие клиники позволяют создать идеальные условия для первичной проверки клинической эффективности лечения. Однако испытуемые для проводимых исследований проходят жесткий отбор. Кроме того, строго контролируется работа психотерапевтов, а участникам исследований доступны дополнительные сервисы. Однако к специалистам, работающим в обычных клиниках и ведущим частную практику, часто обращаются люди, которые обеспокоены сразу несколькими проблемами, а значит, вряд ли прошли бы систему отбора испытуемых для исследования. Поэтому работа с ними обычно идет тяжелее, чем лечение в исследовательских клиниках. Учитывая данное обстоятельство, сложно удивляться, что в условиях обычных клиник результаты психотерапии не такие высокие, как при исследованиях. Поэтому, даже несмотря на доказанную клиническую ценность КТП, условия работы в конкретной клинике могут отличаться от условий, в которых данное направление разрабатывалось и развивалось. Иными словами, нужно прикладывать отдельные значительные усилия к качественному распространению когнитивно-поведенческой терапии — из научных лабораторий в реальные психотерапевтические кабинеты (см. McHugh & Barlow, 2010, 2012), чтобы максимально увеличить шансы клиентов получить от терапии такие же результаты, как и в клинических исследованиях.

Эти рассуждения возвращают нас к мотивам, побудившим написать эту книгу. Мы постарались составить обзор эффективных форм лечения и помочь читателям понять, как работать с психическими проблемами, используя когнитивно-поведенческие принципы в практической деятельности и ориентируясь на доказательные практики.

СОЦИАЛЬНЫЕ И КУЛЬТУРНЫЕ ФАКТОРЫ В ПРАКТИКЕ КПТ

Психотерапевтические направления не развиваются в вакууме. Наоборот, они неразрывно связаны с убеждениями и практиками, существующими в обществе на момент зарождения метода. Когнитивно-поведенческая терапия — не исключение; она тоже развивалась в контексте

определенных социальных и культурных тенденций. КППТ-терапевтам важно понимать этот контекст, чтобы успешно идентифицировать проблемы, с которыми предстоит работать, и решать их с учетом социальной и культурной среды. Краткий обзор данных факторов помогает понять и ограничения КППТ, выделить ситуации, когда нужно отклониться от стандартной практики с целью удовлетворить потребности клиента. Если психодинамическая терапия выросла в социальном и экономическом климате конца XIX и ценностей начала XX века, то когнитивно-поведенческая психотерапия является в первую очередь продуктом западных ценностей нашего времени.

Хотя семья и социальные связи ценятся в западном обществе, основной упор мы делаем на индивидуальности, независимости, личном выборе, а также способности человека определять свое будущее и управлять им. Многие представители западных культур убеждены, что могут контролировать многие аспекты своей жизни, а то и большую их часть. Принято считать, что такое ощущение собственного контроля делает людей более ответственными за свое физическое и психическое здоровье. В то же время ощущение *необходимости* такого контроля заставляет тех, кто чувствует себя беспомощными, ощущать и дефицит ресурсов, узость доступных вариантов, что приводит к возникновению негативного аффекта и тревоги.

В обществах, где много внимания уделяется индивидуализму, люди в состоянии дистресса чаще склонны к социальной изоляции. Члены семьи и социальных групп, коллеги как бы ощущают меньшую ответственность за заботу о потребностях страдающего человека. Следовательно, в таких обществах проще почувствовать себя изолированными, отвергнутыми. И вместо того, чтобы обратиться за удовлетворением своих потребностей к ближайшему окружению, люди идут к психотерапевтам; особенно если считают, что это позволит обрести необходимые навыки для самостоятельного удовлетворения эмоциональных и социальных нужд. Создатели КППТ и их последователи-практики высоко оценивают важность целеполагания, выбора, осуществления конкретных действий, а также реалистичной оценки происходящего. Эти аспекты когнитивно-поведенческой терапии делают ее идеальной для общества, которое ее породило.

Кроме того, мы живем в эпоху технологий: доступная информация лавиной накрывает человека. Один из побочных эффектов информационного потока — некоторая демистификация психотерапии. Клиентам, которые с технологиями на «ты», доступны международные журналы и университетские библиотеки, где легко найти актуальные и заслужи-

вающие доверия данные об эффективности тех или иных форм лечения. Многие клиенты приходят с багажом информации о самостоятельно диагностированных у себя же расстройствах и запрашивают конкретные формы помощи. Однако, к сожалению, в интернете с благими намерениями часто размещают информацию, которая оказывается ложной. Нередко люди предварительно изучают вопрос и читают посвященную ему литературу, поэтому обращаются к специалисту по психическому здоровью с запросом именно на КПТ.

Чем доступнее информация, тем более открытым становится мир для людей с психическими проблемами и тем слабее эффект стигматизации. Многие организации вроде американского Национального альянса по психическим заболеваниям (National Alliance on Mental Illness), Канадской ассоциации психического здоровья и Новозеландского министерства здравоохранения спонсируют кампании повышения осведомленности. Результаты опросов, посвященных ее уровню, иногда поражают. Так, в канадской провинции Альберта около 85 % людей, случайно попавших в список участников проведенного в 2006 году телефонного опроса, сумели по стандартизированному описанию точно определить у человека признаки депрессии (Wang, 2007). Хотя стигма до сих пор существует, авторы того же исследования выявили 10-процентное увеличение осведомленности о депрессии среди населения Австралии за последнее десятилетие (Wang, 2007).

Кроме усиления общественной осведомленности, наблюдается тенденция к повышению уровня социальной приемлемости обращения за лечением психических проблем. В популярных журналах публикуют опросы, посвященные удовлетворенности психотерапией. Уже вполне нормальным является обращение за психотерапевтическими услугами; все больше общественных деятелей позволяют себе открыто говорить о своих психологических расстройствах. Элтон Джон, Брук Шилдс, Джейн Поли, Кэтрин Зета-Джонс, Дж. К. Роулинг — это далеко не полный список знаменитостей, решившихся на смелый поступок. Люди, вдохновленные примером кумиров, тоже обращаются за практико-ориентированной и эффективной помощью, когнитивно-поведенческой терапией в частности.

Еще один смежный вопрос — сдерживание расходов в сфере здравоохранения. Затраты на здравоохранение в большинстве развитых стран за последние несколько десятилетий по ряду причин резко выросли; среди прочего данная тенденция связана с развитием технологий и старением населения. Сдерживание расходов мотивирует на использование краткосрочных практико-ориентированных форм лечения. Сочетание

увеличения спроса на психотерапевтическую помощь и более открытого обсуждения темы психического здоровья, а также недостаточной доступности необходимого лечения, привело к резкому росту популярности краткосрочных интервенций и ограничению продолжительности или доступа к психотерапевтическим услугам. Представители систем здравоохранения, управляющие больницами, организации медицинского обеспечения и страховые компании регулярно отслеживают важные с экономической точки зрения показатели типа продолжительности пребывания в больнице, количества сессий, уровня удовлетворенности клиента и результата лечения. Большинство систем отчитываются *за итоги лечения*, которые почти всегда интерпретируются в контексте стоимости оказанных услуг. Системы, устроенные сложнее, при сравнении эффективности услуг учитывают преимущества, компенсирующие издержки (например, когда речь идет о выборе амбулаторного лечения или госпитализации; фармако- или психотерапии). Все эти факторы вносят свою лепту в востребованность КПТ, которая относительно дешева, позволяет систематически измерять и оценивать полученные результаты, снижает риск рецидива, а зачастую и необходимость использования более дорогостоящих или инвазивных терапевтических альтернатив.

Упор на экономические факторы влияет на исследования и развитие КПТ, а также на формы ее применения. По большому счету деньги на исследования выделяются в соответствии с интересами общественности или частных лиц. Доступность фондов развития, а также исследований, проводимых за счет государственного бюджета, снижается, все чаще финансирование из этих источников выделяется на работы, ориентированные на решение общественных проблем, социальных задач и трудностей в системах здравоохранения. Параллельно со снижением числа исследований, проводимых за счет бюджета, все большее влияние в научной среде приобретают группы лоббистов, частные фонды и исследовательские агентства. И так как получающие финансирование исследования и проекты чаще всего посвящены краткосрочным доказательным интервенциям, резко активизировались исследования когнитивно-поведенческих теорий и терапий.

Наконец, важным фактором, способствовавшим развитию данного направления, можно считать постоянно ускоряющееся общество, в котором время всегда ограничено, а в почете — эффективность и практичность. Именно социальное давление заставляет фокусироваться на практико-ориентированных краткосрочных методах решения проблем. Многие люди жалуются на постоянное ощущение нехватки времени и с годами усиливающийся стресс. В большинстве семей, живущих в Северной

Америке, на жизнь зарабатывают двое, а значит, у трудоспособного населения часто нет времени на элементарную заботу о себе и иные виды деятельности, связанные с удовлетворением личных интересов. Все выше потребность в быстрых, разумных, практичных, доступных и относительно недорогих формах психологической помощи. Все эти характеристики свойственны когнитивно-поведенческой терапии.

ВЫВОДЫ

Доказательная база когнитивно-поведенческой терапии за последние 20 лет существенно расширилась, все больше людей узнают об этом направлении и возможностях, которые оно открывает. Организации, выделяющие средства на оказание психотерапевтических услуг (системы здравоохранения, частные страховые компании, фонды), узнают о возможностях достижения позитивных и измеримых результатов с помощью психотерапии и активно стремятся ее использовать. Если два типа психотерапии показывают примерно одинаковую эффективность, но один из них предполагает меньшие временные и финансовые затраты, большинство людей предпочтет более быстрое и дешевое предложение.

Почему каждый специалист должен принимать во внимание данные факторы? Это контекст нашей работы, который дополняется влиянием системы, в рамках которой работа осуществляется. База знаний о КПТ стремительно растет, как и клиентский спрос на нее; а вот ее доступность как услуги здравоохранения явно не успевает за остальными тенденциями. Перед следующим поколением исследователей, менеджеров системы здравоохранения и клинических специалистов встает задача — понять, как распространить эффективные формы работы с психическими проблемами, сделать их доступными для максимально возможного числа нуждающихся в них людей. Приведенные выше наблюдения позволяют сделать вывод, что КПТ оказалась подходящим типом психологического воздействия для текущего исторического периода. Можно сказать, что КПТ — терапия, время которой наступило.

В следующих главах собраны рекомендации, основанные на последних научных данных, которые вы сможете применять в собственной практике. Мы обсудим общие элементы, свойственные разным направлениям психотерапии, КПТ в частности, и дадим советы, которыми можно руководствоваться при описании и оценке клиентских случаев; разберем главные поведенческие, когнитивные и сфокусированные на схемах интервенции. Многие специалисты испытывают трудности на завершающем этапе работы с клиентом, поэтому мы отдельно обсудим

завершение терапии и коснемся темы предотвращения рецидивов. В практике могут возникать и постоянно возникают сложные ситуации, для которых будут предложены разные способы разрешения.

Даже занимаясь распространением практики КПТ, нужно критически оценивать ее компоненты и сохранять открытость по отношению к другим эффективным подходам. Да, когнитивно-поведенческая терапия показала свою эффективность в клинических исследованиях, по сравнению с контрольной группой испытуемых в листе ожидания и фармакотерапией. Однако никто не даст гарантий, что этот подход обязательно сработает в вашей практике. Мы, психотерапевты, должны сохранить в себе не только гуманность (McWilliams, 2005), но и скромность, любознательность к разным элементам КПТ.

Глава 2

ОЦЕНКА В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В этой главе мы разберем процесс оценки в КПТ и опишем инструменты, которые можно использовать на практике. Также представим имеющуюся доказательную базу, связанную с принятием клинических решений, соответствующих общей цели данного текста — укреплению моста между наукой и практикой. Хотя опубликовано множество работ, посвященных детальному разбору психологической и психиатрической оценки, мало где рассматриваются важные аспекты воплощения этих процессов в деятельности специалистов. Еще меньше источников выделяют инструменты, полезные клиническим специалистам, работающим в когнитивно-поведенческой парадигме.

Доказательные практики подразумевают использование доказанно эффективных форм диагностики и лечения. Существует ряд исчерпывающих учебников по психологической оценке (например, Antony & Barlow, 2010; Groth-Marnat, 2009). Эти книги — хорошие источники информации, необходимой для решения концептуальных вопросов, которые возникают при оценке состояния клиента, а также в процессе поиска соответствующих ресурсов для психодиагностики и психометрии. Большинство специалистов имеют обширный опыт использования DSM-5 (APA, 2013), знают главные принципы и приемы проведения диагностического интервью. Значительная часть психологов обучается грамотно организовывать процесс психологической оценки, в том числе проводить и интерпретировать психологические тесты. Хорошая концептуализация и план работы в КПТ основаны на валидной и обоснованной диагностике. Потому что базой любой доказательной терапии является доказательная диагностика. Эта глава посвящена оценке, проводимой с целью начать когнитивно-поведенческую терапию; другие возможные цели оценивания или диагностики в контексте иных психотерапевти-

ческих школ не затронуты. Также будет рассмотрена оценка прогресса по ходу психотерапии и на момент ее завершения.

К целям оценки в КПТ относятся: сбор информации о симптомах и жалобах, с которыми клиент приходит на первую сессию; определение его сильных сторон и проблемных зон, которые он готов выделить на этапе планирования лечения; сбор контекстуальной информации о проблемах клиента и его жизни. Проводя оценку, также важно знакомить клиента с когнитивно-поведенческой моделью и вовлекать его в выполнение первых терапевтических шагов. Первое интервью — важнейший этап формирования раппорта с клиентом, совместного формулирования списка проблем и разработки когнитивно-поведенческой концептуализации. Некоторые называют диагностический процесс «истоком» формулирования концептуализации (Brown & Clark, 2015). В этой главе мы разберем методы и стратегии оценки состояния клиентов в когнитивно-поведенческой практике. Но прежде чем перейти к обсуждению процесса такой оценки, коротко разберем его доказательную базу, особенно в КПТ.

НУЖНО ЗНАТЬ ДОКАЗАТЕЛЬНУЮ БАЗУ: ЭМПИРИЧЕСКИ ОБОСНОВАННОЕ ОЦЕНИВАНИЕ

Любое лечение начинается с диагностики или оценки состояния клиента. Хотя можно найти публикации, посвященные теме эмпирически обоснованного оценивания, эта область на данный момент исследована меньше, чем доказательные подходы непосредственно к лечению (Hunsley & Elliott, 2015). Что удивительно, учитывая длительную историю психометрических исследований оценки. Говоря об эмпирически обоснованном оценивании, мы подразумеваем не только надежность и валидность интервью, самоотчетов и других форм сбора информации о клиенте, но и более качественное принятие клинических решений специалистом и такие практические аспекты, как стоимость и сложность их воплощения (Hunsley & Mash, 2005). Некоторые исследователи (Meyer and colleagues, 2001; Hunsley, 2002) разделяют психологическое тестирование и психологическую оценку. Психологическая оценка — это более широкий процесс; зачастую в нем используются разные источники информации, которая в дальнейшем интегрируется с целью интерпретировать происходящее с клиентом и принять клиническое решение. Поэтому диагностические тесты играют важную роль в процессе

оценивания, но не являются единственной составляющей эмпирически обоснованной психологической оценки.

Рабочая группа по изучению психологической оценки (Meuer et al., 2001) пришла к выводу, что специалисты, которые полагаются исключительно на интервьюирование, склонны неточно и недостаточно глубоко оценивать состояние клиента. Также следует отметить, что работа группы не была сосредоточена на когнитивно-поведенческой терапии. Среди сделанных ею выводов стоит выделить следующий: коэффициент прогностической валидности разнообразных психологических тестов был высоким (сопоставим и даже выше этого показателя у медицинских тестов). Иными словами, психологические тесты способны помочь в формулировании более точных прогнозов относительно клиентов.

Некоторые исследователи (Hunsley and Mash, 2005) выделяют не только диагностическую полезность эмпирически обоснованной оценки, но и ее ценность в процессе лечения. *Диагностической полезностью* называют степень, в которой полученные во время оценки данные помогают сформулировать диагноз, *терапевтической полезностью* (Hayes, Nelson, Jarrett, 1987) — степень вклада оценки в позитивный итог терапии. Нельсон-Грей (Nelson-Gray, 2003) также поднимала вопрос терапевтической полезности психологической оценки. Описывая стандартизированное диагностическое интервью, она подчеркнула, что, хотя инкрементная валидность этих инструментов должна исследоваться в контексте результатов терапии, фактически такие исследования до сих пор не проводились. Поэтому Нельсон-Грей считает: большинство клинических специалистов ставят своим клиентам диагнозы, однако этот процесс полезен скорее для выбора формы лечения, чем для прогнозирования результатов. Исследований диагностической полезности тоже довольно мало. А те, что имеются, обычно посвящены применению стандартизированного диагностического интервью и стандартизированной оценке результатов для клиентов, проходящих одно лечение. Нестандартизированные интервью и другие инструменты вроде функционального анализа, к сожалению, остаются в стороне. Однако негибкое использование диагноза в качестве основы лечения в клинической практике маловероятно, потому исследования диагностического процесса тоже проводятся редко.

Функциональный анализ, в отличие от диагностической оценки, традиционно используется для формулировки связей между поведенческой оценкой и собственно лечением. В традиционном поведенческом функциональном анализе в процессе оценивания выделяются присущие

среде переменные, которые, предположительно, управляют целевым или проблемным поведением; затем именно они становятся объектом изменения в ходе терапии. Терапевтическая полезность функционального анализа была продемонстрирована в нескольких исследованиях, касавшихся, в частности, работы с более тяжелыми состояниями (например, Carr & Durand, 1985).

Диагностика в когнитивной терапии ориентирована на изучение информации о внутренних процессах клиента (мыслях, образах, убеждениях), которые связаны с диагнозом или проблемным поведением (Brown & Clark, 2015). При таком оценивании важно соблюдать точность (может ли клиент назвать свои реальные мысли?) и доступность (может ли клиент осознать, о чем думает?). Некоторые исследователи полагают, что развитие сферы когнитивной клинической оценки «едва теплится» (Brown, Clark, 2015). Зачастую клиентам не удается сразу верно описать типичные для себя мысли и образы; многие путают когниции с аффектом. Недостаточно широко используются методы оценки образов (Hales et al., 2015). Однако авторы, поднимающие эту тему, настаивают на важной роли данного компонента процесса диагностики. Огромное количество характеристик, которые нужно исследовать практикующему специалисту, заставляют его слишком полагаться на клиническое интервью и в результате формировать в некотором роде наивное отношение к самоотчетам клиентов, предполагающее их точность.

Подводя итог, можно сказать, что движение в сторону доказательной диагностики лишь зарождается. Ахенбах (Achenbach, 2005) сравнивал продвижение доказательных методов лечения без внимания к доказательным методам диагностики с выстраиванием прекрасного здания без фундамента. Важно обращать внимание на инициативы в применении доказательной оценки состояния клиентов, особенно после того, как будут разработаны соответствующие руководства и рекомендации. Некоторые исследователи (Hunsley and Elliott, 2015) предполагают, что доказательная психодиагностика естественным образом впишется в когнитивно-поведенческую терапию, отчасти благодаря упору, который делается в КПТ на эмпирические измерения и результат. В идеале доказательная диагностика с использованием ориентированных под конкретные состояния подходов будет легко и без препятствий переходить в доказательное лечение (Hunsley & Elliott, 2015). Мы надеемся, что в будущем когнитивно-поведенческая практика позволит напрямую связывать результаты изначальной оценки состояния клиента с результатами терапии.

ИНСТРУМЕНТЫ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ

Для целей психологической диагностики разработано много тестов, инструментов и измерительных материалов. Порой трудно отслеживать актуальные публикации в полном объеме, чтобы выбирать для собственной практики самые полезные и эмпирически проверенные средства и методы. Важно использовать в процессе оценки инструменты, соответствующие когнитивно-поведенческой модели, а не предназначенные для других целей. Так, психологический тест, оценивающий черты личности, вряд ли пригодится, если эти черты не являются главной мишенью будущих интервенций. Масштабные исследования симптомов, которые можно провести, например, с помощью Опросника выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Checklist-90-R; Derogatis, 1994) или Многоосевого клинического опросника Миллона (Millon Clinical Multiaxial Inventory; Millon, Millon, Davis, & Grossman, 2009), позволяют выявить дистресс и симптомы в разных сферах жизни клиента; однако и они не всегда способны обогатить результат когнитивно-поведенческой оценки, проведенной с помощью составления простого Списка проблем.

Чтобы добиться максимальной валидности оценивания, полезно использовать разные методики и способы измерения. Желательно следить за тем, чтобы у всех используемых методов были качественные психометрические характеристики и чтобы каждый из них привносил новую информацию. Большое количество измерений не гарантирует увеличение валидности! В некоторых условиях когнитивно-поведенческое оценивание может начинаться с диагностического интервью, но успешное планирование лечения основывается на более полной оценке когнитивных и поведенческих переменных. В рамках некоторых подходов и в некоторых условиях диагностическое интервью вовсе не нужно. Например, если клинический специалист использует функциональный анализ, диагноз как таковой может не иметь для него важности. Тем не менее большинство специалистов по результатам оценки обычно формулируют и диагноз, и когнитивно-поведенческую концептуализацию. Существует несколько справочников по эмпирически обоснованным диагностическим инструментам для разных типов проблем с тревогой (Antony, Orsillo, & Roemer, 2001), депрессией (Nezu, Ronan, Meadows, & McClure, 2000) и злостью (Ronan, Dreer, Maurelli, Ronan, & Gerhart, 2014). Инструменты, попавшие в эти пособия, имеют обоснованные

психометрические характеристики, легкодоступны для использования на практике и разработаны в контексте когнитивно-поведенческой модели. В то же время, поскольку большинство из них появились на свет в исследовательских институтах, их терапевтическая полезность и применимость в разных клинических условиях или с разными группами людей изучалась не всегда. Ниже мы рассмотрим некоторые из этих инструментов: те, которые чаще всего применяются в КПТ и считаются надежными с психометрической точки зрения.

Интервью

Процесс оценки почти всегда начинается с интервью. Для них разработано множество структурированных и полуструктурированных форматов, некоторые из них надо покупать. Целью большинства структурированных интервью является определение *диагноза* клиента, а не формулирование *проблем*, на которых ему (или ей) хотелось бы сосредоточиться в ходе психотерапии. Среди диагностических интервью можно назвать Стандартизированное (структурированное) клиническое интервью DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) и Набор интервью для диагностики тревожных расстройств DSM-5 (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5; ADIS-5; Brown & Barlow, 2014). Структурированные интервью разработаны и для других сфер: например, 5-е издание Индекса тяжести зависимости (Addictions Severity Index-5th Edition; McLellan et al., 1992). Стоит отметить, что некоторые диагностические интервью на момент написания книги перерабатывались с целью достичь соответствия с критериями DSM-5 и поэтому не были доступны.

К диагностическим инструментам относятся разнообразные интервью, от полуструктурированных до жестко структурированных. Пожалуй, ADIS-5 эффективнее всего выявляет актуальные для КПТ ситуации и реакции, особенно когда главной проблемой является тревога или расстройство настроения. В этих интервью перечислены пугающие ситуации, свойственные разным тревожным расстройствам. Набор поможет не просто определиться с диагнозом, но и начать выстраивать концептуализацию проблемы. Шкала первичной оценки психических расстройств (PRIME-MD) была разработана как скрининговый инструмент для выявления потенциальных психиатрических проблем врачами общей практики. Это хорошее диагностическое средство, использование которого требует всего 10–20 минут.

Чтобы успешно проводить структурированные и полуструктурированные интервью, нужно пройти длительное обучение. Кроме того, эти инструменты не всегда оказываются практичными и полезными в конкретной клинической ситуации. В большинстве своем они фокусируются на постановке диагноза, к тому же разрабатывались для исследовательских целей и используются преимущественно в научных исследованиях. Диагностические интервью выстраиваются вокруг симптомов и их развития; обычно они надежны и валидны с позиции соответствия свойственных клиентам симптомов диагностическим критериям DSM-5. Такие интервью действительно полезны для достижения диагностических целей, но хуже справляются со сбором информации, необходимой на начальных этапах КПТ, поскольку это не является их целью. Они не помогут выявить мыслительные паттерны и для функционального анализа поведения вряд ли будут полезны. Если в вашей практике определение формального диагноза играет важную роль, подумайте, как включить сугубо диагностические вопросы в общий процесс оценки терапевтического случая (см. рис. 2.1). Чтобы определить, подходит ли клиенту КПТ, и начать выстраивать концептуализацию проблем, нужна дополнительная информация, а не только определение диагноза.

Как говорилось выше, для начала когнитивно-поведенческой терапии, кроме диагностической оценки клиента, необходимо собрать существенный объем дополнительной информации. Она требуется для понимания беспокоящих человека проблем в контексте когнитивно-поведенческой концептуализации. Сбор такой информации обычно стартует на первом интервью, хотя оценивание продолжается по ходу терапии и должно рассматриваться скорее как бессрочный, а не статичный процесс. С нашей точки зрения, полноценная оценка, необходимая для начала когнитивно-поведенческой терапии, должна обеспечивать сбор следующей информации:

- Специалисту следует определить *проблему*, которая привела клиента в терапию именно сейчас. Главная проблема клиента может оказаться связана с диагнозом, но составление Списка проблем не равноценно перечислению симптомов, характерных для определенного диагноза (если клиент вообще его имеет). Например, клиентка с симптомами панического расстройства может быть безработной и переживать серьезные трудности в браке. К числу беспокоящих проблем может относиться избегание ситуаций, когда надо покинуть дом, пассивный стиль общения, бессонница и сложности в воспитании ребенка. В ее Списке проблем могут оказаться и финансовые неурядицы,

и семейные конфликты, сами по себе не являющиеся симптомами панического расстройства.

- Необходимо получить представление о *триггерах* (предшествующих событиях) и *последствиях* проблем. Процесс сбора такой информации предполагает подробные расспросы интервьюера, который старается выявить предшествующие возникновению проблемы или вызвавшие ее события, неконструктивные формы поведения и эмоции. В вопросах стоит придерживаться максимально конкретных формулировок, например:

«Какие ситуации заставляют вас чувствовать _____?»

«Пожалуйста, подробно опишите каждую такую ситуацию».

- «Попробуйте закрыть глаза и представить себе ситуацию: что вы видите?»

«Опишите изменения настроения на протяжении своего обычного дня».

«Конкретно опишите, что произошло с вами вчера, а также изменения настроения в течение дня».

«С кем вы чувствуете себя хуже/лучше всего?»

«Что произошло после того, как ваше настроение ухудшилось?»

«Как вы отреагировали на это изменение настроения?»

«Что случилось после?»

Эти вопросы помогут интервьюеру составить своего рода карту проблем, а также получить представление о триггерах и последствиях взаимодействия с ними в повседневной жизни клиента. Цель данных вопросов — составить карту функциональных отношений между клиентом и многочисленными событиями его жизни.

- *Реакции* клиента на симптомы, которые он(а) испытывает. В этих реакциях полезно различать *аффект* (чувства или эмоции, а также физиологические реакции), *когниции* (мысли, идеи и образы) и *поведение* (непосредственно действия или склонность к совершению определенных действий). С одной стороны, некоторые клиенты способны различать чувства, мысли и эмоции, что помогает им быстрее сориентироваться в когнитивно-поведенческой терапевтической модели. С другой стороны, если отслеживать чувства и действия (равно как и отсутствие действий) клиентам относительно несложно, то «поймать» мысли многим нелегко. Таким людям полезно предложить вспомнить о конкретной, случившейся с ними недавно сложной ситуации — это поможет замедлить мыслительный процесс и уделить должное внимание собственным реакциям во всех трех областях.

Имя: _____ Дата: _____

Обсудите вопросы, связанные с информированным согласием, конфиденциальностью вашего общения и ее ограничениями, целями оценки, формой предоставления результатов, а также дайте все необходимые разъяснения, связанные с процессом оценивания и наблюдения. Получите от клиента согласие. Предупредите, что в ходе интервью будете делать заметки. Давайте возможность задавать вам вопросы. Опишите, что будет происходить в результате оценивания (например, что попадет в отчет и что произойдет на следующей сессии).

Общая информация

1. Возраст и дата рождения.
2. Семейное положение (если человек не состоит в браке, есть ли у него партнер и отношения). Дети (имена и возраст, если дети есть).
3. Условия проживания. С кем вы живете? Опишите свое место проживания.
4. Способны ли вы на данный момент самостоятельно себя содержать? Есть ли у вас финансовые проблемы?
5. Коротко: трудовой опыт.
6. Какое у вас образование? Когда вы закончили учиться?
7. Причины обращения и описание текущих проблем.
 - Ситуации, в которых проблема возникает (составить подробный список).
 - Избегаемые (или трудно дающиеся) ситуации, связанные с проблемой.
 - Оценка текущего уровня функционирования (от 1 = «лучше, чем когда-либо» до 10 = «хуже, чем когда-либо»).
 - Сила влияния проблемы на текущий уровень функционирования (0–100 %).
 - На какие сферы вашей жизни проблема влияет сильнее всего (например, учеба, работа, друзья, семья)? Меньше всего?
 - Что вам сложнее всего делать из-за проблем(ы)?
 - Как вы обычно реагируете на столкновение с этой проблемой/проблемами?
 - Физические реакции (в том числе панические атаки).
 - Эмоциональные реакции.
 - О чем вы думаете до, во время и после ситуации? (К наводящим вопросам относятся, например: «Как думаете, что произойдет, если..?». Для идентификации мыслей полезно выделять примеры или образы.
 - Что вы обычно делаете, когда это происходит?
 - Замечали ли вы за собой типичные схемы реагирования (например, когда ситуация ухудшается или улучшается; в определенное время дня или в конкретные дни недели)?
 - Какие еще факторы влияют на то, как вы себя чувствуете в этих ситуациях (например, другие люди, окружающая среда, продолжительность ситуации, ваши ожидания или ожидания других людей)?
 - Какие способы облегчения проблем(ы) вы обнаружили (их можно разделить, например, на негативное и позитивное совладание, медикаменты; стратегии, освоенные за время предыдущего обращения к психотерапевту; методы самопомощи)?

Рис. 2.1. Пример первого интервью в когнитивно-поведенческой терапии

- Можете ли вы попытаться как-то себя защитить в момент столкновения с этой проблемой/проблемами? Есть ли мелочи, способные помочь вам продержаться в сложных ситуациях (например, подготовка и прием медикаментов, обращение за утешением, опора на других людей, избегание определенных аспектов ситуации)?
 - Можете ли вы назвать навыки, которые могли бы развить и которые позволили бы ослабить проблему/проблемы (например, социальные навыки, умение разрешать конфликты, профессиональные навыки)?
8. Кроме проблем, которые мы уже обсудили, есть ли другие стрессоры в вашей жизни? Какие?
 9. Как бы вы описали свое настроение в данный момент? Оцените его от 1 до 10 («хуже всего»).
 - Если у вас плохое настроение или вы подавлены, долго ли сохраняется это состояние?
 - Потеряли ли вы интерес к вещам, которые раньше вас радовали?
 - Что вы думаете о будущем?
 - Как вы спите в последнее время? Что у вас с аппетитом?
 - Приходили ли вам в голову мысли о том, чтобы как-то себе навредить (нужно отделить суицидальное поведение от самоповреждающего)?
 - Если да, опишите, когда такие мысли возникали; как часто; что именно вам хотелось сделать; пытались ли вы воплотить эти мысли в реальность; есть ли в вашей семье история самоубийств.
 - Что удерживает вас от причинения себе вреда?
 - Лечились ли вы ранее от депрессии? Если да, когда? Насколько эффективным было это лечение?
 10. Есть ли у вас другие психологические жалобы?
 11. Как бы вы описали свое физическое здоровье? Беспокоит ли вас что-то? Принимаете ли вы медикаменты (если да, какие и в какой дозировке)?
 12. Расскажите, какие психоактивные вещества используете (наркотики, алкоголь, кофеин и др.). Были ли у вас ранее проблемы с их злоупотреблением? Есть ли у вас опыт лечения от зависимостей?
 13. Участвуете ли вы в какой-то общественной или волонтерской деятельности?
 14. Чем любите заниматься в свободное время?
 15. История актуальных проблем — когда они начали вас беспокоить? Можете ли вы вспомнить сами или со слов других людей проблемы, которые были у вас в детстве?
 - Каким/какой вы были в детстве и подростковом возрасте? Как вы могли бы описать свой школьный и семейный опыт в период взросления?
 - Были ли у вас проблемы в семье, когда вы росли? Сталкивались ли вы с какими-либо формами насилия?
 - Обращались ли вы за помощью, связанной с психологическими или психиатрическими проблемами?
 - Есть ли у вас родственники, столкнувшиеся с тревожными расстройствами, депрессией, зависимостями и т. п.? Может, кто-то из ваших родственников сталкивался с такими же трудностями, которые в данный момент испытываете вы? Были ли у членов вашей семьи психиатрические диагнозы?

Рис. 2.1. (продолжение)

16. Расскажите о ближайших родственниках: как зовут ваших родителей, братьев или сестер; сколько им лет и где они живут.
17. С кем из членов семьи у вас самые близкие отношения? А с кем — наименее близкие? К кому вы могли бы обратиться за помощью? К кому вы могли бы обратиться, оказавшись в кризисной или чрезвычайной ситуации?
18. Может, я что-то упустил(а)?
19. Опишите себя как личность с помощью 3–4 прилагательных (как сильные, так и слабые стороны). (Если клиенту не удастся себя описать, предложите сформулировать, как бы его описал хорошо знакомый человек.)
20. Что вы надеетесь получить от психотерапии, какие цели перед собой ставите? Назовите одну или несколько вещей, которые вам хотелось бы изменить и которые относились бы к проблемам, которые мы обсуждали раньше.
21. Возникли ли у вас какие-то вопросы? (Объясните клиенту, что будет происходить дальше.)

Поведенческие наблюдения

Рис. 2.1. (окончание)

Кроме того, на первом интервью допустимо конструировать гипотетические ситуации. Это позволяет узнать, насколько у клиентов развито образное мышление, а также предположить, какими могли быть их реакции. Некоторым поначалу сложно отличать мысли от чувств, но на образы все реагируют сразу. Кому-то для адекватного описания своего состояния недостает эмоционального словарного запаса — таким клиентам полезно объяснять, как разговаривать о чувствах. Им также можно выдавать списки описывающих чувства слов, которые помогут научиться различать мысли и эмоции. Помогая клиенту разобраться в этих отличиях в ходе первого интервью, терапевт ориентирует его на когнитивно-поведенческую модель психотерапии. Обращайте внимание на особенности клиента в процессе: кому-то легче описывать свои реакции с помощью образов, а не вербальных формулировок.

- Актуальные *паттерны использования копинг-стратегий и приближения-избегания*. Копинг-стратегии бывают позитивными (например, попытки разрешить проблемную ситуацию или обсудить возникший конфликт) и негативными (например, избегание или использование

психоактивных веществ вроде алкоголя и наркотиков). Чтобы оценить паттерны приближения-избегания, нужно понять, как клиент справляется со своими симптомами и проблемами. Например, тревожная клиентка может выбирать очевидные способы избегания: держаться подальше от ситуаций, в которых испытывала тревогу раньше. Однако формы поведения могут выбираться и менее очевидные. Так, тревожные клиенты иногда пассивно себя ведут или избегают конфликтов, клиенты с депрессией — отказываются от общения; не уверенные в себе — избегают ситуаций, в которых нужно бросить себе вызов. Избегание может принимать и форму охранительного поведения (действий, направленных на повышение «безопасности»), избегания негативных эмоций, защиты себя от возбуждения (например, избегание физических упражнений или воодушевленных состояний), сведения стимуляции к минимуму, компульсивных перепроверок или обращения к другим людям за успокоением в пугающих ситуациях. Для выявления таких паттернов клиническому специалисту полезно проявлять чувствительность и осознанность, а также уметь корректно задавать правильные вопросы.

- *Недостаток навыков, знаний* и т. п. У некоторых клиентов знаний и навыков достаточно, но они боятся их применять. Даже если складывается впечатление, что клиенту не хватает каких-либо навыков, важно разделять этот дефицит и дистресс, связанный с их применением. Например, может показаться, что у подавленной и склонной к избеганию клиентки недостаточно социальных навыков, хотя она может уметь выстраивать социальные взаимодействия. Однако это умение не удастся продемонстрировать из-за пониженного настроения и тревожного избегания. Обязательно надо обращать внимание на то, что нехватка навыков не всегда обусловлена психологическими причинами. Так, необходимо выяснить, насколько компетентным водителем является клиент, обратившийся с жалобой на боязнь выезжать на скоростное шоссе. Если социально тревожный клиент слишком медленно говорит или часто запинаясь, имеет смысл проверить его слух.
- Одной из авторов этой книги (*Д. Д.*) доводилось работать с социально тревожными клиентами, которые из-за тревоги в подростковом возрасте перевелись на домашнее обучение. Одним из последствий такого решения могла стать реальная нехватка социальных навыков в области взаимодействия со сверстниками. Следовательно, у некоторых клиентов может обнаружиться недостаток навыков, а у других

его не будет. Наша практика показывает, что многие семьи характеризуются социальным, эмоциональным или интеллектуальным дефицитом. Так, клиенту с низкой самооценкой и опытом переживания насилия может не хватать информации о социальных отношениях: в частности, о том, какое поведение считается нормальным и ненормальным по отношению к членам семьи. Другой клиент, у которого в двадцатилетнем возрасте было диагностировано психотическое расстройство, может не иметь в достаточной степени развитых навыков, необходимых для независимой жизни. А еще одному клиенту, выросшему в образованной и высокоинтеллектуальной семье, может не хватать эмоциональной осознанности или опыта социальных взаимодействий; такому человеку в формате учебной или академической коммуникации будет комфортнее, чем в повседневном взаимодействии или общении со сверстниками. В таких случаях в плане терапии следует включать просветительский компонент и отработку практических навыков с целью научить клиента в будущем успешно разрешать проблемы, актуальные для него сейчас.

- Имеющаяся *социальная поддержка, проблемы в семье, межличностной и сексуальной сфере*. Ни для кого не секрет, что, если социальная поддержка способна облегчать проблемы, трудности в семейных, межличностных и сексуальных отношениях способны, наоборот, ухудшить ситуацию. В этой сфере мы работаем, как и в любой другой: открыто задаем клиенту необходимые вопросы. Например, можно спросить: «Если бы у вас возникла серьезная проблема, к кому бы вы обратились за помощью?», «Если бы посреди ночи вы попали в чрезвычайную ситуацию, кому бы позвонили?», «С кем из членов семьи у вас самые близкие отношения?», «У кого вы скорее всего попросили бы одолжить денег?», «Как часто вы проводите время с _____?», «Как часто вы разговариваете с _____?», «Есть ли в вашем окружении человек, с которым вы часто ссоритесь?» и «Есть ли у вас переживания или беспокойство, связанное с темой секса?».
- *Другие актуальные проблемы*. Вне зависимости от того, с какой проблемой клиент приходит, полезно узнать у него, с какими сложностями он сталкивается в жизни — не всем удастся связать актуальные неурядицы с другими, более привычными процессами. Кроме того, важно уточнить, сталкивался ли клиент с распространенными психологическими трудностями: тревогой, подавленностью, чувством безнадежности и суицидальными состояниями. Если человек живет не один, нужно исключить психологическое, сексуальное и любые

другие формы насилия в доме. Важно собрать информацию о состоянии здоровья, особенно о хронических или продолжающихся длительные время заболеваниях; узнать, употребляет ли клиент алкоголь или наркотики, а также рецептурные лекарства или безрецептурные психоактивные вещества (с целью оценить наличие злоупотреблений или зависимостей). С каждым нужно обсудить формы поведения, которые потенциально могут трансформироваться в зависимые: азартные игры, в том числе онлайн, просмотр порнографии и т. п. Наконец, следует обсудить и такие практические вопросы, как положение дел клиента с работой и финансами, наличие проблем с законом и т. п.

- *Процесс развития и особенности течения проблемных состояний.* После того как вы получите представление обо всем спектре трудностей клиента, нужно составить историю их развития. Практика показывает, что составлять подробную хронику для каждой проблемы не требуется, однако это имеет смысл проделать с главными сложностями. В некоторых случаях удастся выяснить, что возникновение симптомов провоцируют определенные события. Клиенту стоит задать следующие вопросы: «Что происходило в вашей жизни, когда у вас начались проблемы?», «Как вы считаете, связаны ли эти события и ваша проблема?» и «Что вы можете рассказать о том, как ваша проблема развивалась?». Ответы клиентов помогут понять, есть ли у них сформированное представление о происходящем и насколько оно согласуется с моделью когнитивно-поведенческих интервенций. Некоторые люди приходят с уверенностью, что причиной депрессивных симптомов может быть «биохимический дисбаланс» или что зависимость представляет собой «болезнь». Для успешной работы с ними вам может понадобиться несколько их переориентировать в соответствии с когнитивно-поведенческой парадигмой. Если же клиенты сразу в том или ином виде формулируют идею о том, что их проблемы возникли в результате сочетания личностной уязвимости и определенных стрессоров, не упустите возможность указать, насколько данный образ мыслей сочетается с вашим подходом к психотерапии.
- *История лечения,* в том числе прежние самостоятельные попытки справиться с проблемой; более ранние обращения за профессиональной помощью (медикаментозной и психотерапевтической); имеющиеся у клиента знания о его проблеме; результаты предыдущего лечения. Полезно спросить, как часто клиент обращался за

лечением, какую помощь получал и насколько она была эффективной, кто ее оказывал (или оказывает: иногда нужно связаться с другими врачами, у которых клиент наблюдается, чтобы координировать терапевтический процесс). Стоит оценить эффективность способов, которые клиент уже использует для самостоятельного решения проблем. Некоторые люди действуют проактивно и разумно, уже до обращения к психотерапевту достигают существенных успехов. Вся эта информация позволит понять, как клиент(ка) представляет себе свою проблему, оценить его (или ее) способность справляться и находить решения, а также получить представление о том, что он(а) делает в случаях, когда найденные решения оказываются успешными или безуспешными.

На рис. 2.1 приведен пример структурированного интервью с конкретной последовательностью возможных вопросов. Такое интервью легко адаптировать под использование в разных практиках и с разными группами людей. Для достижения конкретных целей можно добавлять вопросы. Интервью не заменит диагностическую оценку, но его может оказаться достаточно для обоснования применения многих когнитивно-поведенческих практик, не требующих установления подробного и точного диагноза. В табл. 2.1 дан список дополнительных вопросов, которые можно включить в полуструктурированное интервью. В табл. 2.2 дан краткий список вопросов, которые могут оказаться полезными при проведении интервью обоих типов. У многих специалистов возникают своего рода «слепые пятна» вокруг тем, спрашивать о которых им некомфортно. Задавая такие вопросы, старайтесь сохранять прямоту и конкретику.

Вашу практику может обогатить приобретение одного или двух структурированных интервью с целью их адаптации под проблемы, с которыми к вам чаще всего обращаются. Хотя надежность и валидность интервью, скорее всего, несколько пострадает от адаптации, она позволит провести более полную и клинически обоснованную оценку, чем неструктурированное интервью. Кроме того, результат проведения такого интервью получается более практичным и коротким, по сравнению с развернутыми версиями, что проще и удобнее, в том числе для клиентов. Мы рекомендуем иметь под рукой копию полуструктурированного когнитивно-поведенческого интервью (например, версии, изображенной на рис. 2.1) в ходе проведения первой психологической оценки нового клиента. Если к вам часто обращаются люди с похожими проблемами, адаптируйте это интервью под популярный запрос, пере-

числив и типичные ситуации, с которыми сталкиваются ваши клиенты. Многие специалисты объединяют диагностическую и когнитивно-поведенческую оценку в одном интервью — несмотря на очевидные различия, у них много общего.

Таблица 2.1. Самые популярные вопросы для полуструктурированного интервью

До начала интервью

- Есть ли у вас какие-то вопросы? Возможно, вам хотелось бы что-то прояснить по поводу того, что _____ будет наблюдать за сессией? (в дополнение к информированному согласию)
- Есть ли у вас какие-то вопросы по поводу того, что отчет о сессии будет отправлен _____? (в дополнение к информированному согласию)

В начале интервью

- С чем вы сегодня пришли? Почему решили обратиться именно сейчас?
- Что побудило вас искать помощи именно в этот период времени?
- Какие сложности вы испытывали?
- Можно ли сказать, что вы сейчас подвергаетесь более сильному стрессу, чем обычно?

Для оценки проблемы

- Как бы вы оценили степень, в которой контролируете эту проблему (по шкале от 1 до 10, где 10 — полный контроль, а 1 — полное отсутствие контроля)?
- Оцените степень выраженности проблемы 1 год и 1 месяц назад: обстояли дела лучше, хуже или примерно так же?

Оценка текущего функционирования

- Как вы в последнее время спите и питаетесь? Сколько часов длится ваш ночной сон?
- Что вы ели сегодня? А что едите обычно?
- Пожалуйста, подробно опишите ваш типичный день, начиная с утреннего подъема.
- Какой у вас источник дохода? Беспокоят ли вас финансовые проблемы?
- Принимаете ли вы лекарства? Какие? Знаете ли вы дозировку?
- Употребляете ли алкоголь или психоактивные вещества? Какие? Сколько?

Оценка рисков

- Бывают ли у вас настолько плохие дни, что кажется: такой жизнью и жить не стоит?
- Что помогает вам справляться в такие сложные дни? Есть ли люди, к которым вы можете обратиться, если у вас возникнут мысли о нанесении себе вреда?
- Бывало ли когда-нибудь, что вы наносили себе вред, не думая при этом о самоубийстве? (Приведите примеры.)
- Что вы чувствуете, когда делаете себе больно? Испытываете ли облегчение?

Таблица 2.1. (продолжение)

Изучение я-концепции и самооценки

- Как бы вы себя описали? Какой вы человек?
- Назовите несколько своих позитивных черт.
- Как человек, который хорошо вас знает (например, _____), описал бы вас?
- Как вы сами описали бы себя другому человеку (например, тому, с кем вы еще не знакомы, потенциальному работодателю, другу)?

Оценка семейной истории и уровня социальной поддержки

- Похожи ли вы на кого-то из вашей семьи? Есть ли у кого-то из членов семьи аналогичные проблемы?
- Есть ли в вашей семье история _____?
- Как бы вы описали своего партнера? Мать? Отца?
- Кто вам ближе всего на свете? Если бы у вас случилось ЧП (острое заболевание, финансовые проблемы, пожар, эмоциональный кризис), кому бы вы позвонили?
- Кому бы вы позвонили, если бы вам срочно понадобилась помощь посреди ночи?
- Как часто вы общаетесь или видите с людьми, которых считаете самыми близкими? (Соберите конкретную информацию.)
- Опишите систему поддержки, которая есть у вас на данный момент.

Оценка привычек, употребления веществ и опыта насилия

- Как вы себя поощряете в сложных ситуациях? Используете ли вы для этого _____ (наркотические средства, какие-то виды деятельности, алкоголь, азартные игры, покупки)?
- Какую цель имеет для вас это поведение?
- Кажется ли вам иногда, что вы теряете способность контролировать это поведение?
- Замечали ли вы когда-нибудь, что алкоголь и наркотические вещества помогают справляться с ситуацией? Или они мешают решать проблемы?

Оценка имеющегося опыта лечения и самостоятельных попыток изменить ситуацию

- К каким интервенциям/формам лечения вы обращались в прошлом?
- Что в каждой из них оказалось полезным и бесполезным?
- Пытались ли вы как-то справиться с проблемами самостоятельно? Что получилось в итоге?
- Удавалось ли вам справиться с проблемами в прошлом? Как? С какими именно?

Завершение интервью и формирование надежды на изменения

- Что бы вы делали по-другому, если бы эта проблема перестала вас беспокоить?
- Есть ли еще темы, которые мы не затронули, но которые вам хотелось бы обсудить?

Таблица 2.1. (окончание)

- Не упустили ли мы что-то важное?
- Что еще мне нужно знать, чтобы лучше понять вас и вашу проблему?
- Скажите, пожалуйста, осталось ли что-то важное, о чем вам хотелось бы мне сообщить и чего мы сегодня еще не коснулись?
- Возникли ли у вас какие-либо вопросы?
- Хочется ли вам получить дополнительную информацию о процессе психотерапии?
- Что вам хотелось бы получить от наших сессий?
- Какие надежды вы возлагаете на терапевтический процесс?
- Что вы надеетесь и стремитесь получить в результате нашей работы?
- Сформулировали ли вы для себя конкретные цели, каких изменений хотите добиться?
- Как вы поймете, что достигли этих целей и психотерапию можно завершить?

Замечание. Некоторые вопросы были сформулированы в результате дискуссий с участниками двух мастер-классов по клинической оценке, проведенных при поддержке Психологической ассоциации Альберты (ноябрь 2004 г. и январь 2005 г.), а также Курса по сертификации в когнитивно-поведенческой терапии (октябрь 2014 г.), которые проводила автор этой книги в Университете Калгари.

Таблица 2.2. Вопросы, которые могут подойти для любых интервью

- Возникали ли у вас когда-либо мысли о нанесении себе вреда? Есть ли они у вас сейчас?
 - Доводилось ли вам специально делать себе больно, не намереваясь совершить самоубийство?
 - Чувствуете ли вы себя в безопасности, когда находитесь дома?
 - Есть ли у вас риск столкнуться с какими-либо формами домашнего насилия?
 - Достаточно ли у вас средств, чтобы обеспечивать себя всем необходимым?
 - Беспокоят ли вас проблемы, связанные с употреблением алкоголя или наркотиков, азартными играми? Может, такое беспокойство выражал кто-то из близких людей?
 - Как бы вы описали состояние своего здоровья? Чувствуете ли вы себя здоровыми?
 - Есть ли у вас какие-либо проблемы с законом, уголовные обвинения?
 - Испытываете ли вы сложности в сексуальной сфере?
 - Знают ли члены вашей семьи о том, что вы пришли на эту встречу? Поддерживают ли они вас в намерении обратиться за помощью?
-

Самоотчеты

На сегодняшний день разработано множество тестовых форм для самоотчетов, но особенно полезные для когнитивно-поведенческого консультирования делятся на две группы — тесты для оценки симптомов и тесты для оценки когнитивных и поведенческих характеристик. Многие из них разрабатывались скорее в исследовательских целях, а не для клинической практики.

Существует масса полезных средств для измерения тяжести симптомов, часть которых широко используется в клинической практике. Из такого разнообразия порой сложно выбрать одно, наиболее подходящее для решения конкретных задач. На данный момент опубликованы три очень полезных и полных обзора, где описаны эмпирически проверенные инструменты для работы со взрослыми клиентами, имеющими тревожные (Antony et al., 2001) и депрессивные расстройства (Nezu et al., 2000), а также сложности с выражением гнева (Ronan et al., 2014). Кроме того, есть подробный обзор (Antony & Barlow, 2010) подходов к оценке в процессе работы с другими психологическими проблемами. Исчерпывающий список психологических тестов для всех сфер, а также отсылки к актуальным исследованиям по теме можно найти в 19-м выпуске психодиагностического ежегодника (*The Nineteenth Mental Measurements Yearbook*; Carlson, Geisinger, & Jonson, 2014).

Некоторые инструменты, описанные в этих работах, находятся в свободном доступе. Бесплатные полезные материалы можно найти на сайте www.phqscreeners.com, в том числе Опросник состояния здоровья-9 (PHQ-9), позволяющий быстро провести скрининг депрессии, и Опросник ГТР-7 (GAD-7). Некоторые инструменты, например Опросник тревоги Бека-II (BAI; A. T. Beck & Steer, 1993) и Опросник депрессии Бека (BDI-II; A. T. Beck, Steer, & Brown, 1996), необходимо покупать у компаний, обладающих правами на их публикацию. Более подробную информацию о некоторых из подобных инструментов можно найти на сайте www.harcourtassessment.com.

Полезно иметь под рукой сразу несколько эмпирически проверенных инструментов для работы с проблемами, с которыми к вам чаще всего обращаются. К наиболее распространенным инструментам для измерения тревоги можно отнести Шкалу тревоги Бека (BAI; A. T. Beck & Steer, 1993) и Шкалу тревоги Спилбергера (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983). К более специфическим

инструментам для оценки степени выраженности симптомов, свойственных конкретным расстройствам, относятся, например, Шкала Йеля-Брауна для обсессивно-компульсивного расстройства (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b) и Шкала для социальной фобии (Mattick & Clarke, 1998). Среди полезных инструментов для работы с депрессией стоит назвать Опросник депрессии Бека (BDI-II; A. T. Beck et al., 1996) и Опросник безнадежности Бека (BHS; A. T. Beck & Steer, 1988). Все эти инструменты подходят для многократного использования, в том числе отслеживания результатов лечения. Хотя некоторые из них нужно покупать в коммерческих центрах, многие выложены в интернете и доступны для свободного использования (см. Antony and colleagues, 2001; Nezu and colleagues, 2000; Ronan and colleagues, 2014).

Хотя упомянутые выше опросники созданы в первую очередь для оценки симптомов и могут использоваться, чтобы отслеживать изменения симптоматики в ходе терапии, также полезно применять когнитивные и поведенческие инструменты. Например, Опросник мобильности для диагностики агорафобии (Mobility Inventory for Agoraphobia; Chambless, Caputo, Gracely, Jasin, & Williams, 1985) — простая в использовании и не требующая много времени шкала, с помощью которой можно оценить способность клиентов выбираться из дома и уровень мобильности за его пределами. Опросник страха (Fear Questionnaire; Marks & Mathews, 1979) — старый, но полезный инструмент, позволяющий оценить сразу несколько типов фобий, а также степени избегания клиентом разных ситуаций и стимулов. Шкала когнитивно-поведенческого избегания (The Cognitive-Behavioral Avoidance Scale; Ottenbreit & Dobson, 2004) может использоваться для оценки склонности клиентов избегать социальных и несоциальных ситуаций. Большинство из этих инструментов подходят для многократного использования в процессе лечения и после его завершения.

Несмотря на то что специалистам доступно большое количество инструментов для психологической оценки, используют их довольно редко (Hunsley & Elliott, 2015). Третье издание Опросника схем Янга (Young Schema Questionnaire — 3rd Edition) есть на сайте www.schematherapy.com. Данный тест позволяет проводить полноценную оценку схем, которые могут присутствовать у клиента и лежать в основе многих симптомов. Более подробно оценка глубинных убеждений будет рассмотрена в главе 10.

Наблюдение

Клинический специалист учится наблюдать за клиентом с первого телефонного звонка или первой встречи. Собрать нужную информацию помогает внимательное отслеживание вербальных и невербальных навыков общения, а также содержания и невербальных аспектов реакций на вопросы и психологические инструменты, используемые в процессе оценки. Поведение клиента на этапе оценки можно считать «образцом» его поведения в обычной жизни и других обстоятельствах. Поэтому полезно записывать свои наблюдения, а также фразы и выражения, которые клиент произносит по ходу интервью или сразу после. Еще важно отмечать, сколько времени ему требуется для заполнения опросников, какие ремарки он делает в процессе, что и как комментирует. Например, склонный к перфекционизму человек может потратить больше времени на заполнение опросников. Кроме того, стоит присмотреться к тому, как клиент ведет себя, ожидая приема, и какие невербальные сигналы подает, отвечая на вопросы; замечать выражение его лица и эмоциональные реакции во время интервью, наличие склонности к избеганию визуального контакта и реакцию на юмор. Особое внимание следует обратить на признаки дискомфорта и избегания. Некоторым клиентам сложно говорить именно о тех проблемах, которые для них наиболее важны.

Кроме навыков наблюдения, можно использовать средства для оценки дефицита навыков и межличностных сложностей, например, в ходе оценки — Опросник межличностных проблем (Inventory of Interpersonal Problems; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno, & Villasenor, 1988). Мы призываем не забывать о таких инструментах, как таймер (для измерения продолжительности разных форм поведения), счетчик (для подсчета их частоты), одностороннее зеркало (чтобы за сессиями могли наблюдать другие специалисты или студенты), а также записывающих средств для аудио или видеосъемки интервью, которые можно пересматривать после сессии. Эти записи помогают оценивать надежность изменений и дополняют поведенческие опросники. Естественно, сначала интервьюер должен получить устное и письменное согласие клиента на запись сессий.

Более формальное наблюдение можно проводить в контексте оценки поведенческих навыков или избегания. Например, полезно иметь под рукой копии описания стандартных ситуаций для разыгрывания по ролям и оценки коммуникативных навыков. Тесты на поведенческое избегание можно заполнять для оценки наличия изолированных или

социальных фобий. Так, если клиент сообщит о неспособности завести беседу с авторитетным лицом, разыграйте данную ситуацию по ролям и оцените его действия. Спрашивайте у клиента, какие эмоциональные реакции и автоматические мысли возникают у него по ходу диагностических ролевых игр.

Самомониторинг

«Самомониторинг предполагает систематическое наблюдение за собой и письменное фиксирование случаев наличия (отсутствия) определенных ситуаций или форм поведения» (Наупес, 1984, р. 381). Разработаны многочисленные методы самомониторинга. Имеет смысл применять их после некоторой индивидуализации процедуры под клиента с конкретными проблемами, выявленными в процессе психологической оценки. Полезно иметь под рукой несколько разных стандартизированных форм для самомониторинга и уже в ходе оценивания адаптировать их под контекст сложностей. К числу наиболее распространенных форм для самомониторинга относятся Расписание поведенческой активности, куда клиент в течение недели записывает свои действия; Журнал панических атак, Дневник дисфункциональных мыслей, Форма отслеживания частоты проявления разных форм поведения (выдирания волос, пищевых привычек, курения, употребления алкоголя, ссор или ситуаций, в которых клиент инициировал общение с другими людьми). Обычно стандартизированные формы модифицируются в соответствии с индивидуальными особенностями. Например, клиенту с трихотилломанией стоит предложить отслеживать количество волос, вырванных в результате воздействия на него разных триггерных ситуаций; количество времени, проведенного за выдиранием волос, и других важных в контексте ситуации действий, совершаемых в разное время в течение дня. Лучше заранее приготовить легко модифицируемые образцы таких форм. Для эффективной организации самомониторинга часто нужна креативность. В решении данной задачи помогут следующие методы: свободная запись происходящего, адаптированные стандартные формы, а также приложения для смартфонов для исследования взаимозависимости между триггерными ситуациями, настроениями и мыслями. Выясните, какую форму самонаблюдения клиент считает предпочтительной, и учтите его пожелания — это повысит вероятность того, что он справится с поставленной задачей и будет следовать намеченному плану. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) предлагала клиентам отслеживать

изменения настроения и формы поведения с помощью приложения MoodKit (доступен только для продуктов Apple).

Дополнительные источники информации

Семья и другие важные для клиента люди

Зачастую оказывается полезным сбор дополнительной информации от членов семьи и других людей, играющих в жизни клиента важную роль, особенно если они живут с ним в одном пространстве и могли наблюдать изменения его состояния на протяжении длительного времени. Конечно, сначала нужно получить согласие самого клиента на любое обсуждение его ситуации с другими людьми. Более того, дополнительные интервью с третьими лицами, вероятно, лучше проводить в присутствии клиента. Это позволит понаблюдать за его реакциями в ходе разговора и увидеть паттерны взаимодействия между всеми присутствующими. В некоторых ситуациях (особенно при работе с людьми, которые обратились к вам с проблемами профессионального характера) бывает полезно поговорить с работодателем клиента, его непосредственным начальником/супервизором или коллегой — опять же с согласия клиента и в его присутствии, если возможно. Для получения взгляда с другой стороны на информацию, которая ранее обсуждалась с клиентом, в ходе бесед с важными для него людьми легко использовать полуструктурированное интервью. Конечно, такие разговоры занимают много времени, они не всегда оправданны в случае краткосрочной терапии и иных ограничений.

Ранее собранные документы

Анализ информации, собранной другими специалистами в ходе психологической оценки, документы о диагнозах, предложенных формах лечения и полученных рекомендациях могут оказаться весьма полезны — если удастся получить доступ к таким данным. Иногда клиентам сложно вспомнить подробности, некоторые даже утверждают, что проходили определенный тип лечения, хотя доказательств их слов не найти. Анализ сохранившихся документов о лечении позволит прояснить ситуацию, избежать повторного проведения аналогичных процедур в ходе психологического оценивания, а также даст возможность оценить траекторию развития хронических проблем клиента. К документам, которые можно рассмотреть в этом контексте, относятся: отчет о пройденной ранее пси-

хологической или психиатрической оценке; записи из клиник, больниц или учебных заведений; документы о трудоустройстве. В некоторых случаях можно рассматривать и записи, сделанные клиентом, например заметки, дневники, результаты самомониторинга.

Дополнительные факторы при подборе инструментов для оценки

В процессе оценки диагностических инструментов важно учитывать не только эмпирический статус, но и стоимость их использования, доступность для терапевта и клиента, легкость проведения, языковые навыки клиента и читабельность материалов. В большинстве своем достойные и психометрически чувствительные инструменты используются редко, так как они слишком объемны, скучны при выполнении и сложны в процессе обработки. Если клиент выражает недовольство из-за использования того или иного инструмента или если механизм его работы остается непонятен, под угрозой оказывается точность полученных результатов. Поэтому, выбирая инструмент, важно учитывать способности клиента к чтению, его языковые навыки и культурные особенности. Кроме того, важно понимать, насколько использование инструмента приемлемо в контексте системы, где вы работаете. В идеале, если не только вы, но и ваши коллеги будут использовать одинаковые или сходные инструменты. Так в будущем данные можно проанализировать для выявления общих паттернов и оценки результатов работы. Зачастую отдельные инструменты используются активнее, если их применение с энтузиазмом воспринимает группа практических специалистов.

ОЦЕНКА КАК ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС: ОТСЛЕЖИВАНИЕ ПРОГРЕССА

Все клинические специалисты так или иначе оценивают состояние каждого клиента на момент обращения. Гораздо реже проводится оценка прогресса в ходе терапии и ее результата после завершения. Многие организации делают упор на исходную оценку и игнорируют ее на следующих этапах. Однако последовательный мониторинг прогресса клиента — критически важный компонент доказательной практики (Ionita & Fitzpatrick, 2014). Исследования показывают, что специалисты стабильно переоценивают результаты психотерапии

и далеко не всегда замечают недостаточный прогресс и даже регресс клиента. В то же время терапевтический процесс оказывается более эффективным, и клиенты добиваются больших позитивных результатов, когда психотерапевты регулярно собирают обратную связь с помощью специальных инструментов мониторинга результатов (Boswell, Kraus, Miller, & Lambert, 2015).

Так как в когнитивно-поведенческой терапии оценка является скорее длительным, нежели разовым или статичным процессом, надо принимать во внимание возможность многократного использования некоторых диагностических инструментов. Такие инструменты обычно имеют короткую форму и выстраиваются вокруг конкретных трудностей, на которые направлена психотерапия. Важным фактором при выборе является чувствительность к изменениям — ведь некоторые из них оценивают лишь те переменные, для изменения которых требуется длительное время (например, черты личности или глубинные убеждения). Средства оценки, которые можно использовать многократно, ориентированы на оценку прогресса клиента и результат терапии; дают полезную обратную связь как клиническому специалисту, так и клиенту. Оверингтон и Айонита (Overington and Ionita, 2012) выделяют три основные плоскости для проведения такой оценки: симптомы, общее благосостояние клиента и его повседневное функционирование.

Разные формы регулярной оценки полезны не только для отслеживания результатов — они способны влиять и на процесс психотерапии. Подробным обсуждением этого вопроса мы займемся в других главах, а пока рассмотрим возможные формы такой оценки.

Оценка на сессии

Зачастую оценка состояния клиента на сессии проходит неформально. Например, в конце первой или следующих сессий можно обсудить реакцию клиента на первое диагностическое интервью. В частности, допустимо предложить ему устно или письменно охарактеризовать разные переживания и идеи («Оцените свою злость по шкале от 0 до 10», «Насколько сильно вы доверяете этой мысли, от 0 % до 100 %» или «Оцените силу тревоги, которую у вас вызвало заполнение Субъективной шкалы дистресса»). Полезно применять шкалы для оценки объективных симптомов, например PHQ-9 и GAD-7, на каждой сессии или один раз за несколько встреч. Мы считаем, что нужно просить

клиента комментировать и прямо оценивать степень удовлетворенности каждой сессией. Ведь компетентное применение когнитивной терапии предполагает получение обратной связи после каждой встречи со специалистом.

Периодическая переоценка целей

Цели психотерапии, сформулированные на первой сессии, полезно регулярно пересматривать (например, каждые шесть сессий). Такая оценка бывает как формальной, так и неформальной. Например, можно использовать Шкалу достижения целей (Goal Attainment Scaling, GAS; Hurn, Kneebone, & Cropley, 2006; Kiresuk, Stelmachers, & Schultz, 1982), которая предполагает формулирование проблемы или проблем клиента на первой сессии и дальнейшую оценку степени их выраженности (например, от 0 % до 100 %). Исходную оценку можно сравнить с результатами, полученными на следующих сессиях. Это позволит понять, насколько эффективна терапия в контексте снижения тяжести означенных состояний. Также надо отметить, что шкала GAS может использоваться для оценки достижения любых конкретных целей терапии; периодическая переоценка результата в процентах позволит отслеживать улучшения, достигнутые в процессе лечения. И, вероятно, даже повлияет на принятие решения о прекращении или продолжении работы.

Средства периодической оценки результатов

Использование инструментов для оценки симптомов, а также поведенческих и когнитивных проявлений может оказаться полезным на определенных этапах психотерапии; например, после 6-й, 10-й и 15-й сессии (выбор времени их применения зависит от общей продолжительности психотерапии). К средствам оценки эффективности можно отнести записи, сделанные клиентом в процессе самомониторинга, или любые другие оценки, которые можно переработать и представить в форме графика обратной связи от клиента. В своей практике мы обычно демонстрируем результаты повторных оценок непосредственно клиенту (кроме случаев, когда есть веские причины этого не делать). Такая обратная связь стимулирует обсуждение скорости изменений; сложностей, мешающих достижению успеха; необходимости про-

должать работу. Это совместный процесс, предполагающий активное участие клиента: его субъективное восприятие изменений можно сопоставить с результатами более формальной оценки или обсудить его соображения о том, почему психотерапия приносит или не приносит желаемых результатов. Обычно данные, наглядно демонстрирующие улучшения, выполняют для клиента роль своеобразного подкрепления. Оверингтон и Айонита (Overington and Ionita, 2012) предлагают целый ряд пантеоретических по природе шкал для отслеживания прогресса, которые можно применять по ходу работы в любых психотерапевтических подходах. Некоторые из них размещены на сайте www.coreims.co.uk. Там же опубликованы инструменты для мониторинга прогресса на каждой сессии, оценки эффективности достижения целей и терапевтического альянса.

Завершение психотерапии и последующая оценка

Прогресс в продвижении к поставленным терапевтическим целям принято оценивать на начальных этапах лечения и в процессе. Тем не менее более чем уместно переоценивать проблемы, приведшие клиента в психотерапию, и обсуждать ресурсы или формы терапии, которые могут понадобиться ему для получения необходимой помощи в дальнейшем. Обратная связь по результатам любых пройденных тестов обычно оказывается полезной для клиента, подкрепляет его стремление измениться. Зачастую люди удивляются, когда видят, какого прогресса удалось достичь. Вы можете предложить клиенту своего рода резюме результатов, выполненных на разных этапах терапии. Если это уместно и если клиент даст согласие, можно отправить копию результатов оценки его семейному врачу либо другим помогающим специалистам, которые с ним работают. Хотя в психотерапии оценка состояния после завершения лечения практикуется, пожалуй, реже, чем следовало бы (подробнее см. главу 11), ее можно проводить. Например, вы можете позвонить клиенту или отправить ему на электронную почту чек-лист для проверки симптомов и т. п.

В следующей главе мы поговорим об интеграции результатов оценки и составлении Списка проблем в исходной концептуализации случая. А также рассмотрим формы представления результатов оценки клиентам и обсудим, кто может направлять к нам клиентов и какие сторонние лица — привлекаться к лечению.

Глава 3

ИНТЕГРАЦИЯ И КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ

О концептуализации нужно помнить на протяжении всего процесса оценки, а начинать ее разработку — сразу после его завершения. Концептуализация случая предполагает понимание, интеграцию и четкое формулирование полученной информации в виде последовательного и структурированного набора гипотез об особенностях конкретного клиента и его (ее) проблемах. В идеале гипотезы должны не только описывать взаимозависимость актуальных для клиента трудностей, но и представлять отношения между глубинными убеждениями, автоматическими мыслями и возникающими на их основе эмоциональными реакциями, а также формами поведения. Результатом концептуализации должно стать планирование дальнейших интервенций — формирование представления о том, какие из них скорее всего придется использовать и в каком порядке. Завершение концептуализации осуществляется вместе с клиентом.

Процесс оценки описывался как исток формулировки психотерапевтического случая или, иными словами, концептуализации (Key & Bieling, 2015), а она, в свою очередь, напрямую связана с процессом лечения. Персонс (Persons, 1989) определяла концептуализацию как набор гипотез, раскрывающих предполагаемую природу сложностей, лежащих в основе проблем клиента. Кьюкен, Падески и Дадли (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2009) — как «процесс, в котором психотерапевт и клиент вместе работают над описанием и объяснением сложностей, которые клиент принес в терапию. Первостепенной функцией концептуализации является направление терапевтического процесса в сторону избавления клиента от страдания и формирования его психологической устойчивости» (с. 3). Формулирование целей и составление плана дальнейшей работы естественным образом, логически вытекает

из концептуализации. Кьюкен, Фозерджилл, Мьюза и Чедвик (Kuyken, Fothergill, Musa, & Chadwick, 2005) назвали когнитивную концептуализацию сердцем доказательной практики в КПТ. Исчерпывающая психологическая оценка, проведенная с использованием надежных и валидных инструментов (в том числе полуструктурированного когнитивно-поведенческого интервью), дает всю необходимую информацию для составления концептуализации. В этой главе мы обсудим доказательную базу, собранную по данной теме, а затем поговорим о том, как составить Список проблем и создать исходную концептуализацию; как работать вместе с клиентом, формулировать первые психотерапевтические цели и соответствующий им план работы.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ СЛУЧАЯ

История

Клиническая концептуализация случая — широкое понятие, которое используется в разных типах индивидуализированной или идеографической психотерапии, в том числе когнитивно-поведенческой. Концептуализация является основополагающим инструментом буквально во всех психотерапиях (Eells, 2007), позволяющим сформулировать, как проведенная оценка выразится в интервенциях, реализуя теоретические принципы психотерапевтического подхода на практике. Концептуализация случая помогает отбирать и применять в контексте решения проблем, присущих конкретному клиенту, наиболее подходящие, теоретически подкрепленные интервенции с убедительной доказательной базой. Она позволяет расставлять приоритеты, определять последовательность и продолжительность тех или иных интервенций, а также предсказывать трудности, которые могут возникнуть в процессе психотерапии. В качественной концептуализации учитываются сильные стороны и индивидуальные особенности клиентов, позволяющие достичь максимального эффекта психотерапии.

Многих интересует, предполагается ли в КПТ разработка индивидуальных концептуализаций для каждого клиента, или клинические руководства можно одинаково успешно применять в сходных случаях, если описанное лечение прошло эмпирическую проверку. Мы полагаем, что чем сложнее случай клиента, тем важнее для него индивидуальная концептуализация (Key & Bieling, 2015), хотя эмпирической проверке данное утверждение не подвергалось.

Во многих исследованиях исходная психологическая оценка используется для проверки соответствия конкретного клиента диагностическим критериям, интересующим исследователей, а также его несоответствия критериям исключения. Хотя такая оценка позволяет клиенту получить необходимую помощь, она далеко не всегда помогает клиническому специалисту в планировании разных аспектов психотерапии. Если же клиент проходит отбор и становится участником исследования, исходные клинические интервью дают специалисту информацию, необходимую для концептуализации случая и планирования соответствующих ей интервенций. Классический тому пример есть в первом крупном руководстве по КПТ — книге «Когнитивная терапия депрессии» (А. Бек, А. Раш, Б. Шо, Г. Эмери, 2003). Руководство описывает стандартный подход, используемый во многих исследованиях КПТ депрессии. В то же время там описан широкий спектр разнообразных интервенций. Порядок отбора тех из них, которые нужны при работе с конкретным клиентом, зависит от идеографической концептуализации случая.

Концептуализация являлась основой КПТ с момента ее возникновения; с тех пор разработано множество разных вариантов возможных концептуализаций (например, Frank & Davidson, 2014; Kuyken et al., 2009; Nezu, Nezu, & Lombardo, 2004). Среди чаще всего обсуждаемых методов концептуализации фигурируют разработки Персонс (Persons, 1989), Дж. Бека (J. S. Beck, 2011), а также Кьюкена и коллег (Kuyken and colleagues, 2009). Подробнее эти методы будут описаны далее. Кроме того, в КПТ можно применять другие типы концептуализации, в том числе поведенческую или функционально-аналитическую (Hauney & O'Brien, 2000; Martell, Addis, & Jacobson, 2001), а также интерперсональную (Mumma & Smith, 2001). Поведенческая концептуализация сосредоточена на описании вариаций поведения в разных ситуациях, а не их стабильности; интерперсональная концептуализация рассматривает прежде всего причинно-следственные связи между когнициями клиента и повторяющимися интерперсональными паттернами.

Вы как клинический специалист наверняка работаете с разными людьми в разных состояниях и вряд ли имеете возможность проводить такой же жесткий отбор, как исследователи. В клинической практике вы обязаны составлять план лечения, отвечающий уникальным потребностям клиентов. Независимо от того, какая концептуализация применяется в исследованиях результатов психотерапии, в большинстве клинических случаев вам придется использовать более индивидуализированный подход к ее формулированию. Ведь случаи ваших реальных

клиентов, скорее всего, будут сложнее, а список проблем — обширнее, чем у среднестатистических участников исследований. Эти сложности и возможность столкновения с коморбидными состояниями определяют необходимость тщательной оценки, формулировки подробной концептуализации и ответственного планирования со стороны психотерапевта. Именно поэтому когнитивно-поведенческим специалистам нужно развивать навыки разработки и практического применения качественной концептуализации случая.

Доказательная база

На этапе концептуализации случая клинический специалист собирает воедино результаты оценки, формулирует выводы и интерпретирует представленные факты. Таким образом, концептуализация представляет собой своеобразный акведук, соединяющий описательные результаты оценки с непосредственным планом лечения. Специалисту надо обобщить фактическую и описательную информацию, сформулировать набор гипотез в отношении взаимодействия между этими данными и историей развития клиента, его актуальными обстоятельствами, свойственными ему мыслями и убеждениями — чтобы по результатам анализа выбрать конкретные интервенции. Именно на данном этапе зарождается большинство ошибок. Учитывая, что концептуализация играет центральную роль в психотерапии, поражает, как мало исследований посвящают этой теме.

Билинг и Кьюкен (Bieling & Kuypen, 2003) задались вопросом: «Когнитивная концептуализация случая — скорее наука или искусство?» Среди небольшого числа исследований по теме в двух работах Персонс и коллег (Persons & Bertagnolli, 1999; Persons, Mooney, & Padesky, 1995) обнаружилось следующее: когда практикующих специалистов просили рассмотреть определенный набор клинических случаев, им удавалось идентифицировать 60–70 % очевидно дезадаптивных форм поведения (например, при формулировании Списка проблем). Однако прийти к согласию относительно глубинных убеждений или отношений, приводящих к предпочтению именно таких форм поведения, оказалось намного сложнее. С другой стороны, Хаархофф, Флетт и Гибсон (Haarhoff, Flett & Gibson, 2011) обнаружили, что молодые специалисты лишь в 30 % случаев могли прийти к согласию о том, какие трудности клиента должны попасть в Список проблем. Исследователи пришли к выводу, что большинство участников эксперимента смогли «достаточно хорошо»

понять фундаментальные компоненты концептуализации, но упустили другие важные факторы, в частности, роль терапевтических отношений, черт личности клиентов и интерперсональных факторов, которые могли повлиять на планирование и результат терапии.

Билинг и Кьюкен (Bieling & Kuyken, 2003) также предположили, что большая надежность оценок достигается в случае описательных, а не додуманых или интерпретативных компонентов концептуализации. Тем не менее, по мнению исследователей, надежность концептуализации можно повысить за счет дальнейшего обучения и использования более систематизированных, структурированных подходов к ее формулированию. В поддержку этого предположения Кьюкен и коллеги (Kuyken et al., 2005) провели дополнительное обучение концептуализации для посещавших их мастер-классы практических специалистов, а затем оценили надежность и качество выполненных ими заданий. В качестве ориентира для сравнения использовалась форма концептуализации, предложенная Дж. Бек. В результате выяснилось, что участники исследования приходили к согласию как в отношении описательных характеристик, так и применительно к теоретически подразумеваемым компонентам концептуализации (хотя их надежность была ниже). Прохождение обучения и получение аккредитации в когнитивно-поведенческой организации были связаны с более высоким качеством выполнения заданий. В целом можно заключить, что надежность концептуализаций повышается по мере обучения и практики специалиста. Выводы данного исследования подтвердились и в работе Кенджелика и Элльс (Kendjelic & Eells, 2007), продемонстрировавших, что качество общей концептуализации можно увеличить с помощью соответствующего обучения. Элльс с коллегами (Eells et al., 2011) сравнили концептуализации опытных и молодых специалистов и продемонстрировали, что первые обычно используют более обоснованную аргументацию, выбирают более подходящие стратегии решения проблем, демонстрируют более качественное логическое мышление, а также с большей вероятностью рекомендуют прохождение дополнительных процедур оценки. Аналогичные результаты в исследовании 2011 года описали Хаархофф и коллеги (Haarhoff et al., 2011).

Таким образом, опубликованные на данный момент исследования, посвященные изучению концептуализации, позволяют сделать вывод: хотя ее основные информационные аспекты довольно легко собрать, клиническим специалистам сложнее прийти к согласию по поводу предполагаемых отношений между данными элементами. Эти выводы не вызывают удивления, если учесть, что в каждом случае учитываются демографические данные, измеряемые симптомы и наблюдаемое

поведение. В то же время другие важные компоненты концептуализации имеют причинно-следственные связи с факторами, которые нельзя измерить с помощью надежных и валидных инструментов, а значит, их выявление связано с клиническим опытом специалиста и его субъективной оценкой ситуации. На данный момент не достигнут консенсус в отношении того, какие методы развития навыка концептуализации случая оптимальны.

Хотя мы еще недостаточно хорошо понимаем, как эффективнее обучать когнитивно-поведенческой концептуализации, судя по всему, есть способы повышения ее надежности. К ним относится, например, метод центральной темы конфликтных отношений (CCRT), описанный в руководстве Люборски и Критс-Кристофа (Luborsky & Crits-Christoph, 1998), пусть и в контексте психодинамической терапии. Согласно данному методу, выявление центральных тем в конфликтах, возникающих в отношениях, может производиться путем построения логических выводов из описания своих отношений самим клиентом. Для характеристики этих центральных тем (сконструированных согласно психодинамической теории) был разработан метод систематического оценивания. Исследования показывают, что оценивающие специалисты, особенно опытные и использующие в работе систематический подход, с высокой степенью надежности выявляли в них одни и те же темы. Также обозначилась умеренная связь между этими темами и изменениями симптомов, достигнутыми в ходе краткосрочной психодинамической терапии. Таким образом, CCRT соответствует критериям надежности и валидности, и его использование связано с улучшением психотерапевтических результатов. Использование данного метода при разработке концептуализации способно привести к улучшению результатов терапии, так как позволит специалисту эффективнее подбирать интервенции и укреплять терапевтические отношения (Bieling & Kuyken, 2003).

Хаархофф с коллегами (Haarhoff et al., 2011) разработали структурированный подход, способный увеличить надежность составления концептуализации практическими специалистами и предполагающий использование их Шкалы для оценки концептуализации случая в КПТ. Таким образом, можно заключить, что доказательная база есть у применения не только описательных компонентов концептуализации. Однако история использования когнитивно-поведенческой концептуализации не так обширна, как история применения метода CCRT, а значит, исследователи и практики КПТ могут почерпнуть необходимые знания из других областей.

На данный момент опубликовано мало исследований, в которых оценивалась бы валидность и терапевтическая полезность когнитивно-поведенческой концептуализации. Мумма (Mumma, 2004) разработал процесс, который можно использовать для валидации использования концептуализации в работе с отдельными клиентами; тем не менее это сложный процесс, который существенно зависит от вовлеченности клиента, представляющего большую часть используемых в концептуализации данных. К сожалению, хотя крайне важно индивидуализировать терапию под уникальные нужды каждого, судя по всему, до сих пор *неизвестно*, как концептуализация связана с результатами психотерапии. В то же время сразу несколько исследований демонстрируют, что при работе с клиентами, имеющими тяжелые расстройства поведения, терапевтическую полезность можно увеличить благодаря функционально-аналитической оценке, которая также предполагает составление функционально-аналитической концептуализации. Скорее всего, такие результаты связаны с тем, что функциональный анализ предполагает меньшее количество выводов (например, Carr & Durand, 1985), по сравнению с более сложными концептуализациями.

По результатам сразу нескольких исследований можно заключить, что при работе с распространенными рутинными клиническими проблемами более высокие результаты связаны с использованием скорее структурированных и основанных на использовании руководств подходов, а не индивидуализированной терапии (Kuyken et al., 2005). Вероятно, будущие исследования подтвердят эффективность использования идеографической концептуализации, особенно при работе с клиентами, для которых характерны более сложные или многочисленные проблемы. Эту идею подкрепляют результаты одного натуралистического исследования итогов психотерапии (Persons, Roberts, Zalecki, & Brechwald, 2006), где основанная на концептуализации когнитивно-поведенческая психотерапия применялась при работе с тревожно-депрессивными клиентами. Такой подход позволил достичь существенных улучшений. К сожалению, дизайн исследования не предполагал сравнения этих результатов с эффектом КПТ, основанной на другом типе концептуализации либо вообще не использующей концептуализацию. Кьюкен и коллеги пишут (Kuyken et al., 2005): «Для ответа на основополагающие вопросы о том, связана ли концептуализация с улучшением результатов терапии вследствие повышения успешности подбора интервенций, как было продемонстрировано в психодинамической терапии, нужно продолжить исследования в когнитивно-поведенческом направлении» (с. 1200).

Билинг и Кьюкен (Bieling & Kuyken, 2003) пришли к заключению: чтобы считать когнитивно-поведенческую концептуализацию случая действительно полезной, нужно понять, отвечает ли она на следующие вопросы:

1. Имеет ли концептуализация прогностическую валидность?
2. Приводит ли использование концептуализации к достижению более существенных результатов терапии?
3. Улучшает ли концептуализация качество терапевтического альянса?
4. Следуют ли клинические специалисты концептуализации после ее формулировки?

По большому счету ответы на эти вопросы до сих пор не получены.

Какие выводы может сделать для себя когнитивно-поведенческий специалист? Исследования результатов терапии показывают: использование концептуализации приносит плоды, а значит, даже несмотря на недостаток исследований, есть основания полагать, что формулировка качественной концептуализации является важной составляющей хорошей психотерапевтической помощи. Некоторые специалисты придают огромное значение индивидуализации подхода к терапии и стараются принимать во внимание широкий спектр разнообразных переменных, позволяющих понять клиентов и их взаимодействия с окружающим миром. Вот несколько практических советов, сформулированных на основе актуальных разработок в данной области:

- Используйте наиболее надежные и валидные инструменты для проведения психологической оценки (см. главу 2).
- Когда возможно, делайте упор на использование описательных и объективных данных.
- В концептуализации обязательно учитывайте контекстуальные, личностные и межличностные факторы (это особенно актуально теперь, когда DSM-5 не требует мультиосевой диагностики).
- Ограничьте спектр и количество выводов, основанных на доступной информации.
- В процессе разработки концептуализации используйте последовательный и структурированный подход.
- Возвращайтесь к концептуализации и совершенствуйте ее по мере появления новых данных.

- Будьте готовы рассмотреть альтернативные гипотезы.
- Проверяйте свои гипотезы по мере продвижения психотерапии; будьте особенно открыты новой информации, противоречащей вашей концептуализации.
- Просите обратную связь по концептуализации от клиента или людей, которые хорошо его знают.
- Если клиент обратился к вам с простой и однозначной проблемой, отдавайте предпочтение подходу, основанному на использовании руководств и неинтенсивной терапии. В противном случае у вас может возникнуть соблазн «чрезмерно усложнить» проблему клиента и использовать более идиографическое, но не более эффективное лечение.

Сара недавно закончила преддокторскую стажировку, которая включала в себя супервизию в рамках групп содействия интерперсональной терапии и психодинамической терапии для клиентов, переживших насилие в детстве. Прежде чем начать работу в крупной частной практике в центре города, Сара хотела развить навыки когнитивно-поведенческой терапии. Она была очевидно компетентным специалистом с хорошо развитыми навыками общения и теплым, эмпатическим стилем работы. Сара начала работать с клиенткой по имени Дора, которая переживала эмоционально тяжелый период — жаловалась на панические симптомы и появившуюся склонность к избеганию выхода из дома. Женщина взяла длительный отпуск на работе, и члены ее семьи начали беспокоиться о возможных финансовых трудностях. Причину сложившейся ситуации Дора видела в своей семейной истории, где среди прочего, вероятно, было пренебрежение и даже насилие. Сара провела исчерпывающую психологическую оценку, используя в том числе несколько инструментов для оценивания выраженности беспокоящих симптомов, избегания, а также свойственных клиентке мыслей и убеждений. Также она получила от Доры разрешение поговорить с ее мужем, чтобы составить более полное представление о сложившейся ситуации и оценить степень напряженности в браке. В концептуализации Сары было сразу несколько гипотез, в том числе предположение о связи избегания с чувством собственной неполноценности и стыдом, которые испытывала Дора. В рекомендации по лечению она включила интервенции, не являющиеся когнитивно-поведенческими, так как в их применении считала себя компетентной благодаря пройденному обучению.

На супервизии Сара убедительно обосновала данные рекомендации. Супервизор согласился с ее логикой и посчитал вынесенные предположения рациональными. Они договорились, что на следующей сессии Сара представит клиентке свои гипотезы и опишет возможные интервенции, а также предложит поведенческие стратегии, которые можно начать применять сразу. На сессии клиентку заинтересовали предложения; в целом Дора была согласна с тем, какие механизмы и факторы, связанные с семейной историей и убеждениями об отношениях, могли привести к текущему положению вещей. Тем не менее, слегка смущаясь, клиентка спросила: «А как вся эта информация поможет мне найти силы, чтобы выйти из дома и вернуться на работу?» Тогда Сара описала и рассказала ей о модели когнитивно-поведенческой терапии, выстроенной преимущественно вокруг экспозиции. Дору этот подход очень заинтересовал, и они сразу сформулировали несколько поведенческих целей, а также договорились о необходимости проводить часть работы по экспозиции самостоятельно между сессиями.

Через несколько недель Сара снова встретила со своим супервизором и сообщила, что ситуация Доры развивается хорошо: клиентка регулярно выходит из дома и даже отводит детей в школу, благодаря чему чувствует себе увереннее и уже начинает думать о возвращении на работу на неполный день. Ее отношения с мужем тоже улучшились, отчасти потому, что общая обстановка в доме стала более спокойной. Сара и Дора планировали дальше работать вместе, чтобы завершить полноценную экспозиционную терапию. Хотя Доре действительно было бы интересно разобраться с глубинными причинами возникшей проблемы, ее мотивация для посещения психотерапии ослабла, потому что в целом она чувствовала себя намного лучше, тревога значительно ослабла, панические симптомы исчезли. Так как раньше Сара никогда не проводила экспозиционную терапию *in vivo*, она была удивлена тому, каких изменений удалось достичь Доре всего за несколько сессий. Тем не менее на супервизии Сара озвучила свое беспокойство о возможном риске того, что панические атаки Доры и другие проблемы вернуться, если клиентка не проработает глубинные проблемы с межличностным взаимодействием.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ ШАГ ЗА ШАГОМ

Ниже мы опишем процесс концептуализации случая в когнитивно-поведенческой практике. Он состоит из трех шагов: составление Списка проблем, разработка исходной концептуализации, обсуждение концептуализации с клиентом и оценка результатов.

Шаг 1. Составление Списка проблем

Обычно клиенты приходят на первую встречу с желанием рассказать о своих проблемах. Спектр озвучиваемых проблем очень широк: это может быть общее ощущение несчастья, симптомы конкретного расстройства, стрессоры, отношения с другими людьми, связанные с самим собой чувства, деструктивные формы поведения, внешние события или ситуации, которые не удастся контролировать. Клиенты представляют свои трудности так, чтобы их было легко сразу трансформировать в полноценный Список проблем. Некоторым сложно рассказывать четко и кратко. Поэтому на первой сессии не всегда получается составить всеобъемлющий перечень проблем, которым в дальнейшем можно руководствоваться при выборе интервенций. Одна из причин проведения как можно более тщательной психологической оценки связана с перспективой его составления.

Персонс (1989) рекомендует делать Список проблем обширным и максимально конкретным. Составляя его по ходу интервью, помогите клиенту перечислить все основные проблемы, подтолкнувшие его обратиться за психотерапевтической помощью. В то же время категоризируйте проблемы, разбивая их на группы. Если будете проводить когнитивно-поведенческую оценку, следуя собранным в главе 2 рекомендациям, скорее всего, сумеете провести категоризирование сразу после этапа оценки. Следует помнить, что клиенты могут не осознавать или просто не озвучивать некоторые свои проблемы. Поэтому нужно внимательно наблюдать за происходящим на сессии и задавать наводящие вопросы. Так, к вам может обратиться клиент со слабо развитыми социальными навыками или высокой выраженностью тревоги, которому сложно четко сформулировать какую-либо из проблем в ходе интервью. Неочевидные сложности можно обнаружить, наблюдая за его реакциями в процессе оценки, а также задавая ему конкретные вопросы. Когнитивно-поведенческая концептуализация помогает предположить наличие у клиента не названных прямо сложностей. Так, он может описывать паттерн в отношениях, основанный на уверенности

в собственной недостойности, не осознавая само это убеждение. Обратив внимание на вероятность существования его у клиента в ходе оценки, вы можете положительно повлиять на итог оценки и дальнейший подбор интервенций.

После составления полноценного Списка проблем следует определиться с приоритетами. У слишком длинных и подробных списков есть недостатки: они могут производить удручающее впечатление как на клиента, так и на психотерапевта. Кроме того, сложности могут возникнуть с выделением первостепенных и второстепенных трудностей. Слишком обширный перечень проблем может сместить фокус терапевтической работы. Поэтому, просто спрашивая клиента: «Что вас беспокоит?», — вы рискуете получить слишком пространный список жалоб; причем часть озвученных трудностей может оказаться клиенту неподвластной или трудносопоставимой с терапевтическими целями. Например, клиент может озвучить следующую проблему: «Я слишком стеснительный». Ее нужно переформулировать с ориентацией на возможные цели психотерапии: недостаток друзей, слабая социальная поддержка или убеждение в том, что «другие меня отвергнут». Как только клиент озвучит новую проблему, следует определиться, реально ли ее скорректировать и какие интервенции для этого использовать.

В список приоритетных вопросов стоит внести одну-две проблемы, которые можно быстро решить с помощью определенных интервенций, ведь успехи на ранних этапах психотерапии помогут вовлечь клиента в терапевтический процесс. Например, предложите клиенту, который среди прочего упомянул трудности в осуществлении важного выбора, в качестве первой интервенции отработать навыки решения проблем. Успешное разрешение волнующего вопроса укрепит его мотивацию к продолжению терапии, уверенность в себе и доверие к когнитивно-поведенческой модели.

Помещать ли диагноз клиента в Список проблем? Мы считаем, что нет. *Проблема* и *диагноз* — разные вещи. Поэтому мы не рекомендуем включать в Список ни диагноз, ни описание симптомов (пример бланка концептуализации приведен на рис. 3.1). В некоторых системах наличие формального диагноза является необходимым условием для получения доступа к лечению. И хотя снятие диагноза *может* стать одним из результатов психотерапии, клиенты приходят к психотерапевтам не за этим — они хотят получить помощь в решении функциональных проблем, с которыми сталкиваются в жизни. Поэтому в контексте списка актуальных сложностей клиента диагноз указывать необязательно, а иногда и неуместно. Кроме того, клиенты,

которые обращаются к ведущим частную практику специалистам, зачастую не имеют диагноза; тем не менее их сложности разрешимы с помощью психотерапии.

С учетом вышесказанного нужно отметить, что бывают ситуации, когда клиент приходит на первую сессию, уже включив диагноз в свой личный список проблем. Кроме того, многие материалы по КПТ так или иначе ориентированы на конкретные диагностические категории из DSM-5, и клиенты могут самостоятельно изучить эту информацию. Некоторые обращаются к психотерапевту после постановки диагноза, и тогда диагноз становится частью их самопрезентации в терапии. Тем не менее в когнитивно-поведенческой модели диагноз является *результатом*, следствием глубинных убеждений, мыслей и приверженности определенным формам поведения. Постановка диагноза может иметь и неблагоприятные последствия, например в форме учащения избегающего поведения или изменения убеждений, связанных с уверенностью в своих силах. Поэтому, хотя диагнозы необходимо принимать во внимание и в некоторых случаях они оказываются критически важным аспектом концептуализации, — так бывает далеко не всегда.

Обычно мы включаем в Список проблем связанные с диагнозом актуальные факторы, но не сам диагноз. Например, 36-летняя клиентка, которая описывала симптомы, соответствовавшие критериям как генерализованного тревожного расстройства, так и большого депрессивного расстройства, может в жизни сталкиваться с проблемами, являющимися одновременно причиной и следствием симптомов тревоги. Это могут быть, например, трудности в выполнении повседневных задач, связанных с работой, заботой о ребенке и семейными обязательствами. Кроме того, клиентка может ощущать неуверенность в своих силах, прокручивать в голове негативные мысли о себе, в качестве основной копинг-стратегии использовать избегание, а также придерживаться проблемных привычек, связанных со сном. В работе с ней на начальном этапе концептуализации полезно составить два списка: один будет связан с симптомами ее потенциальных диагнозов, другой — с функциональными сложностями, возникающими на данном жизненном этапе. Тогда Список симптомов поможет сформулировать диагноз, а Список проблем станет своего рода направляющей процесса концептуализации. Интервенции, ориентированные на помощь клиентам в решении функциональных проблем, почти всегда приводят к соразмерному облегчению симптомов. И клиент, проблемы которого разрешены, вероятно, перестанет отвечать требованиям диагностических руководств. По большому счету главной целью когнитивно-поведенческой терапии является подбор интервенций на уровне проблем, а не диагнозов.

Имя: _____ Дата: _____

Идентифицирующая информация: _____

Список проблем (в порядке снижения приоритета):

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Диагнозы по DSM-5: _____

Медикаменты: _____

Предполагаемые глубинные убеждения:

Я _____

Другие _____

Мир _____

Будущее _____

Предшествующие события / активирующие ситуации: _____

Рабочая гипотеза: _____

Истоки развития проблем: _____

Планы и цели терапии: 1. _____ 2. _____

3. _____ 4. _____

5. _____ 6. _____

Потенциальные препятствия на пути к достижению целей (факторы, способные помешать психотерапии):

Потенциальные ресурсы на пути к достижению целей (факторы, способствующие психотерапии):

Рис. 3.1. Форма для интеграции и концептуализации полученной информации.
Адаптация Persons (1989)

Copyright © 1989 W. W. Norton. Использовано с позволения W. W. Norton & Company, Inc.
Обратите внимание: право воспроизводить данное изображение не распространяется на читателей

Шаг 2. Разработка исходной концептуализации случая

Представленная на рис. 3.1 форма используется для формулирования концептуализации. Опыт показывает, что на первом интервью трудно собрать всю необходимую для заполнения этой формы информацию. Поэтому мы рекомендуем начинать ее заполнение с самого начала процесса оценки — с учетом того, что для составления полноценной концептуализации может потребоваться несколько сессий.

В процессе оценки, составления Списка проблем и определения диагноза (если это практикуется в системе, в рамках которой ведется прием) вы соберете о клиенте существенное количество информации, а также будете взаимодействовать с ним в ходе одного или нескольких интервью. При составлении концептуализации принимайте во внимание возможные предшествующие события, активирующие ситуации и триггеры, которые могли способствовать возникновению проблем, приведших клиента к психотерапевту. На этапе оценки полезно составить схему, описывающую взаимодействие между разными жизненными событиями, глубинными убеждениями и актуальными мыслями, эмоциями и формами поведения (рис. 3.2).

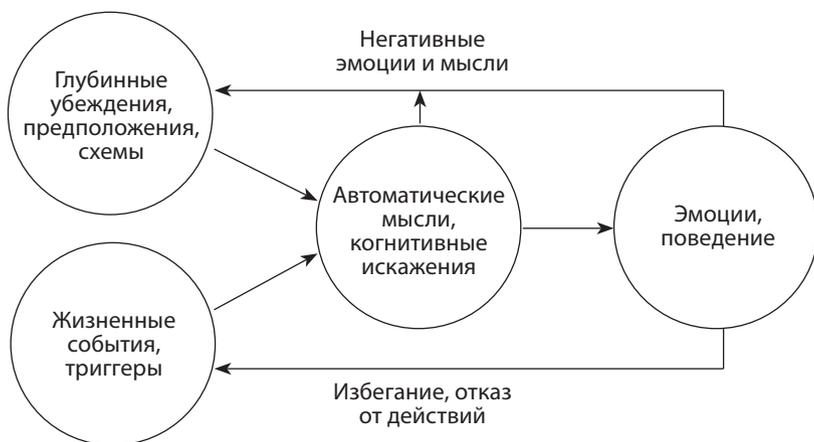


Рис. 3.2. Когнитивно-поведенческая модель эмоционального дистресса

В концептуализацию попадают глубинные убеждения, которые формулируются на основе рассказов клиента, результатов опросников,

а также ваших предположений. Рабочие гипотезы формулируются для объяснения причин формирования конкретных проблем у конкретного человека в конкретный период времени и основываются на сложном взаимодействии убеждений, предшествующих событий, поведенческого репертуара и постепенного изменения этих факторов. Рабочую гипотезу можно считать предварительной; следовательно, она может меняться по мере сбора дополнительных данных, как любая экспериментальная гипотеза.

Важно принимать во внимание препятствия и барьеры, способные помешать психотерапевтическому процессу, — равно как и факторы, которые ему способствуют. Так, к возможным препятствиям относятся практические сложности: финансовые ограничения, не позволяющие выполнять определенные типы домашних заданий; отсутствие доступа к транспортным средствам или дошкольным учреждениям; индивидуальные особенности клиента (например, ограниченный психологический кругозор или сложности в вербальном самовыражении). Некоторым людям нелегко дается выполнение домашних заданий. Информацию о возможных препятствиях можно черпать не только из результатов опросников, но и из наблюдения за поведением клиента в процессе выполнения заданий на сессии (например, клиенту, который тратит удивительно много времени на заполнение опросников, может быть свойственен перфекционизм или трудности с чтением). Препятствия нужно идентифицировать и с целью минимизировать их негативное влияние на терапевтический процесс, и для поиска возможных решений в будущем. Не менее важно подумать о факторах, способных стимулировать психотерапию. Они могут быть разными от высокой и мотивирующей на изменения степени дистресса до интереса к когнитивно-поведенческому подходу, высокого уровня мотивации, прежнему успешному опыту получения психотерапевтической помощи или поддержки со стороны членов семьи. В процессе психотерапии мы чаще сосредоточиваемся на проблемах и трудностях, поэтому иногда полезно делать упор на сильные стороны клиентов, их умение проявлять устойчивость в определенных ситуациях и на другие факторы, способные помочь в процессе изменений. К сильным сторонам клиента относятся также добросовестность, решительность и самоуважение.

Так как истоки возникновения проблем относятся к прежнему опыту клиента, информация о них зачастую носит гипотетический характер.

Ведь все, что вы знаете об истории развития клиента, основано на его воспоминаниях и интерпретациях, связанных с семьей, социальными отношениями и другими переживаниями. Обычно мы принимаем такие данные «к сведению» (особенно на начальных этапах психотерапии). То есть информация о прошлом воспринимается как шанс объяснить причины возникновения проблем, который клиент сам для себя нашел. Однако судить о том, насколько данная модель адекватна и полноценна, можно лишь после того, как вы лучше узнаете клиента и оцените выраженность означенных проблем по ходу психотерапии. Тем не менее мы рекомендуем учитывать биологические, психологические и социальные факторы, связанные с прошлым клиента, — проблемы могут развиваться разными путями.

Триша — клиентка в возрасте 21 года, обратившаяся к психотерапевту с жалобами на проблемное пищевое поведение (компульсивное переедание и последующее применение слабительных), а также продолжительную депрессию, из-за которых девушка сильно страдала. Она также испытывала трудности в межличностных отношениях: напряжение в семье росло, а взаимодействий с ограниченным кругом друзей становилось все меньше. После оценки психотерапевт составил следующий исходный Список проблем:

- Проблемы, о которых сообщила клиентка:
 - проблемы с пищевым поведением (нервная булимия);
 - депрессия;
 - стресс и тревога;
 - социальная изоляция.
- Проблемы, скорее всего лежащие в основе текущих сложностей, которые необходимо затронуть в ходе терапии:
 - перфекционизм;
 - дисфункции семейных отношений;
 - избегание;
 - ограничения в развитии социальных навыков.
- Проблемы, которые могут лежать в основе текущих сложностей и которые можно затронуть в ходе терапии:
 - прежние отношения в семье; правила семьи;
 - дисфункциональная я-концепция;
 - проблемы в процессе развития, связанные с самоопределением.

Шаг 3. Обсуждение концептуализации с клиентом и оценка результатов

Обсуждение с клиентом

Обсуждение концептуализации — критически важный шаг в контексте вовлечения клиента в терапевтический процесс. И хотя на данный момент проведено слишком мало исследований, которые позволили бы судить о его влиянии на терапевтический альянс, клинический опыт показывает: такое влияние есть, и оно сильное. Когнитивно-поведенческая терапия основана на сотрудничестве, что делает обсуждение в буквальном смысле необходимым.

Обычно имеет смысл придерживаться максимальной прозрачности в контексте обсуждения вашего подхода к концептуализации с клиентом. Однако форма, которую вы выберете для донесения информации конкретному человеку, должна варьироваться в соответствии с его (или ее) индивидуальными особенностями. Несколько советов, которые помогут выстроить обсуждение концептуализации:

- Сообщайте главную информацию, при этом старайтесь не перегружать клиента и не сбивать его с толку. Получая обратную связь по процессу оценки, многие клиенты испытывают тревогу, а значит, не сумеют запомнить подробности о результатах опросников или слишком сложные объяснения. Поэтому старайтесь чаще делать паузы, предлагая клиентам задавать вопросы, если им что-то непонятно.
- Используйте простой, понятный клиенту язык: предпочтительнее говорить «мысли», а не «когниции»; «чувства», а не «аффект». Где возможно, приводите примеры из опыта самого клиента.
- Цитируйте конкретные слова клиента, записанные в процессе оценки, особенно те из них, которые связаны с глубинными убеждениями.
- Просите клиента периодически давать вам обратную связь — это позволит проверить точность фактических аспектов концептуализации. Хотя вам может казаться, что вы хорошо представляете себе ситуацию, имеет смысл получать тому подтверждение непосредственно у клиента. Перепроверка фактов еще больше вовлечет его в терапевтический процесс, укрепит уверенность в уважительном отношении с вашей стороны и настроит на более плотное сотрудничество.
- Обсудив фактические аспекты концептуализации, выносите на обсуждение свои гипотезы — возникшие у вас «возможные объяснения» и «предположения». В процессе такого обсуждения старайтесь продемонстрировать любознательность, а не уверенно о чем-либо заявлять.

- Когда можно, возвращайтесь к раскрытию ситуации клиента в контексте когнитивно-поведенческой модели. Помните: представить исходную концептуализацию можно по-разному, и лучшим подходом будет тот, что подходит конкретному клиенту. Дж. Бек (J. S. Beck, 1995) предлагает относительно сложную форму когнитивной концептуализации, которую можно использовать в работе с клиентами, имеющими опыт КПТ или демонстрирующими особую сообразительность. Подумайте, как еще представить клиенту информацию. Например, один из нас (К. Д.) предпочитает использовать более схематичные модели отображения информации (диаграммы; см. рис. 3.2) вместо простого текста.
- Вы можете предложить клиенту забрать домой краткий конспект или схематическое изображение концептуализации и обдумать его в качестве домашнего задания. Некоторые предпочитают сохранять фотографию схемы на смартфон. Если вы в процессе объяснения используете интерактивные доски, можно распечатывать изображенную на них информацию. В процессе обсуждения обязательно подчеркивайте, что это не финальная концептуализация, вы будете вместе совершенствовать ее и дополнять.
- Нормализация реакций клиента на сложные обстоятельства способствует укреплению терапевтического альянса и облегчению его состояния. Можно использовать утверждения вроде: «Похоже, у вас нормальная реакция на ненормальные обстоятельства». Такие объяснения будут особенно уместны в работе с клиентами, столкнувшимися с сильным стрессом или сложными обстоятельствами (в том числе финансовыми трудностями и конфликтами в семье). Возможно, клиент пережил потерю. Включая в концептуализацию такие контекстуальные факторы, вы способствуете нормализации реакций клиента и помогаете ему испытать облегчение; благо сделать это несложно. Тем не менее не стоит использовать откровенно ложные нормализующие утверждения или озвучивать то, во что вы сами не верите. Неискренность в данном вопросе скорее сформирует у клиента ощущение снисходительного отношения с вашей стороны и тем самым подорвет терапевтический альянс.
- Просите клиента давать вам обратную связь, озвучивать вопросы, дополнять концептуализацию. Стимулируйте его участвовать в процессе, придерживайтесь принципа сотрудничества. Добиться этого обычно помогают фразы в духе: «Хотя я разбираюсь в когнитивно-поведенческой терапии, вы являетесь главным экспертом по самому себе».

- На этапе завершения обсуждения концептуализации предложите клиенту пересказать ее своими словами. Это позволит получить представление о том, насколько хорошо он понял то, что вы только что обсудили. Клиент, в свою очередь, сможет обратить внимание на отдельные компоненты концептуализации, прояснить непонятное или даже выразить несогласие с какими-либо идеями и предположениями. Полезно создавать атмосферу любознательности и открытости к вопросам и обсуждению, подкрепляя дух сотрудничества в психотерапии.

Обсуждение с другими специалистами

После завершения оценки и обсуждения результатов с клиентом важно передать некоторую информацию другим специалистам, работающим с клиентом. Если вы работаете в интердисциплинарной команде, это могут быть ваши коллеги, участвующие в комплексном лечении клиента. Если работаете в организации медицинского обеспечения, вам может потребоваться представить информацию о клиенте администрации или представителям страховой компании. Если ведете частную практику, может понадобиться передать информацию специалисту, который направил клиента к вам (например, семейному врачу) или другим лицам. Ситуация каждого человека уникальна, степень взаимодействия с другими специалистами тоже различается; тем не менее полезно составить в уме список людей, с которыми необходимо связаться для обсуждения результатов оценки.

Ваше общение может осуществляться в письменной и устной форме — выбор зависит от природы взаимоотношений с другим специалистом. Информацию можно представлять подробно или кратко — в зависимости от того, что нужно знать другому специалисту. Безусловно, передача информации другим людям осуществляется только с письменного согласия клиента (исключение — случаи, когда клиент может навредить себе и другим).

Вот некоторые моменты, которые следует учитывать, когда вы общаетесь о результатах своей оценки:

- Со специалистами, работающими в одной с вами модели, можно общаться напрямую. Такой обмен информацией осуществляется исключительно по служебной необходимости: например, когда вы консультируетесь у коллег или проходите у них супервизию. Обычно в ходе такого общения не указывается информация, позволяющая каким бы то ни было образом идентифицировать клиента. Тем не менее обсуждение клиентских случаев стимулирует профессиональное развитие и помогает собирать новые идеи и взгляды на проблемы.

Взаимодействие с коллегами также позволяет получать оценку вашей концептуализации и плана терапии от независимых экспертов.

- Обсуждение с коллегами из вашего учреждения (например, работающими с вами в одной программе амбулаторного наблюдения или стационарного лечения), особенно с теми из них, кто руководствуется другой психотерапевтической моделью или является специалистом в иной сфере, может быть одновременно сложным и стимулирующим. Многие когнитивно-поведенческие специалисты работают в команде с другими профессионалами, вовлеченным в лечение клиента: в том числе с медработниками, медсестрами психиатрических отделений, эрготерапевтами. Редко случается, что все специалисты соглашаются с проведением всех выбранных интервенций, а значит, набор предлагаемых клиенту мер может обсуждаться и пересматриваться. Обсуждая свои терапевтические планы на совещаниях, старайтесь проявлять уважение к коллегам, сохраняя уверенность в своих действиях. Относитесь к совещаниям как к возможности подчеркнуть наличие эмпирически обоснованных когнитивно-поведенческих интервенций. Полезно при этом иметь в виду распространенные мифы о КПТ и уметь их мягко оспаривать (например, см. врезку «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии»).
- Будьте готовы к тому, что кто-то не согласится с вашей концептуализацией или аспектами плана лечения (и не забудьте порадоваться, если этого не произойдет), — тогда вам придется представить убедительное обоснование выбранной стратегии. Развивайте уверенность в своих действиях и демонстрируйте ее. Собирайте ресурсы, на которые можно сослаться для подкрепления вашей позиции (в том числе доказательную базу и практические руководства). Другим будет сложно вступать в споры о форме терапии, доказавшей свою эффективность и построенную вокруг интересов клиента. Дебаты в коллективах, представители которых имеют разнообразную подготовку и, как следствие, разные мнения, могут оказать стимулирующий эффект на участников обсуждения и помочь найти лучший подход к работе с клиентом. Тем не менее это возможно лишь в том случае, если участники обсуждения относятся друг к другу с уважением и руководствуются планами, созданными в интересах клиента. Например, в нашей практике встречались когнитивно-поведенческие психотерапевты, которые слишком сосредотачивались на интрапсихических аспектах проблем клиентов, уделяя недостаточно внимания функциональным сложностям, связанным с влиянием среды и социальным взаимодействием.

МИФЫ О КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

«КПТ построена вокруг руководств и протоколов: она ригидна, слишком структурирована и не принимает во внимание индивидуальные потребности отдельных клиентов».

Мифы и искаженные убеждения о когнитивно-поведенческой терапии встречаются довольно часто. В некоторой степени это связано с мыслительными искажениями, к использованию которых склонны все. Среди критики, звучащей в адрес КПТ, нередко можно услышать недовольство по поводу использования единых руководств для всех клиентов, состояние которых отвечает критериями определенного диагноза. КПТ, основанную на концептуализации кейса, можно назвать скорее гибкой и идеографической, чем ригидной и слишком структурированной. В частности, ей приписывают «гибкость в рамках точного воспроизведения предписаний» (Frank & Davidson, 2014). основополагающей частью подхода является концептуальная когнитивно-поведенческая модель, на которой логически выстраиваются отдельные стратегии и инструменты. Клинические специалисты, использующие когнитивно-поведенческие стратегии в рамках других теоретических и концептуальных подходов, практикуют не КПТ. Ситуацию клиента они интерпретируют в соответствии с исходной теоретической моделью или применяют эклектическую (смешанную) модель. Например, специалисты, прошедшие подготовку в других моделях, могут включать в свои терапевтические планы когнитивно-поведенческие стратегии вроде тренинга коммуникативных навыков. Тем не менее центральным элементом когнитивно-поведенческой терапии является определенная теоретическая интерпретация проблемных ситуаций. Следовательно, если тренинг коммуникативных навыков осуществляется в контексте другой теоретической модели, он *не* относится к КПТ. Хотя индивидуальная когнитивно-поведенческая терапия обычно предусматривает концептуализацию клинического случая и во многие руководства данный этап включен, существуют практики, ориентированные больше на инструкции, а значит, предполагающие меньшую гибкость и в меньшей степени учитывающие индивидуальные особенности клиентов. К таким практикам, в частности, относится групповая психотерапия, по определению не предполагающая индивидуальной работы. В когнитивно-поведенческих группах потребности отдельных клиентов не так очевидны, а ограниченное время взаимодействия не позволяет сосредоточиться на обсуждении ситуации каждого участника. Но даже в такой форме работы клиентам рекомендуется адаптировать предлагаемые методы под свои уникальные обстоятельства. Более того, несмотря на обвинения в ригидности, групповая и основанная на протоколах терапия дает отличные результаты. Ограниченное количество исследований показывает, что использование индивидуализированной концептуализации случая повы-

шает терапевтическую полезность и дает больший эффект по сравнению с практикой, основанной исключительно на руководствах.

В общем и целом можно сказать, что руководства по эмпирически обоснованным когнитивно-поведенческим интервенциям характеризуются высокой вариативностью: в одних многое оставлено на усмотрение консультирующего специалиста, в других для каждой сессии разработаны планы, которым нужно четко следовать. Более структурированные и основанные на руководствах формы психотерапии не всегда предполагают составление индивидуальной концептуализации. Тем не менее руководства по КПТ основаны на теоретической концептуализации клинических проблем, наиболее распространенных в означенной группе клиентов, и предлагают интервенции, которые с высокой степенью вероятности позволят достичь существенных психотерапевтических результатов.

- Подумайте о том, каких специалистов включить в план лечения. Специалист по рекреационной терапии или диетолог способны внести важное дополнение в терапевтический процесс, помогая клиентам осваивать практики заботы о себе, поведенческой активации и экспозиции (например, тревожному клиенту нужно позвонить специалисту и договориться о приеме или посетить публичное место). Так, работая в программе дневного стационара, одна из авторов этой книги (Д. Д.) часто организовывала связанные с экспозицией практики для тревожных клиентов. В частности, клиентам группы по преодолению социальной тревожности предлагали выступить в роли официантов на торжественном завтраке для клиентов и персонала клиники. Нужно отдавать себе отчет в том, что подобные формы работы требуют от специалиста тщательного планирования и сотрудничества с коллегами. Включая других людей в план лечения, вы должны быть уверены, что они поймут, зачем это делается и что от них требуется, и не станут невольно препятствовать реализации вашего терапевтического плана. Например, кто-то может из благих побуждений выполнить задание за клиента, чтобы снизить его тревогу, тем самым препятствуя терапевтическим изменениям. В то же время сотрудники социальных центров могут стать отличным источником расширения лечения, если клиент сумеет к ним обратиться. Например, местная некоммерческая организация по поддержанию психического здоровья населения организовала тренинговую программу пошаговой экспозиции для людей, которые боялись пользоваться общественным транспортом и не умели ориентироваться в городе. Подобные занятия очень полезны, особенно для избегающих и тревожных клиентов, в том числе не способных самостоятельно добраться на встречу с вами.

Имя клиента: _____	Стивен Р.
Направил: _____	Доктор З.
Первая сессия состоялась:	4 октября
Процесс оценки завершен:	11 октября

Кто направил клиента и с какими жалобами

Семейный врач рекомендовал Стивену Р. пройти когнитивно-поведенческую терапию в связи с депрессией, тревогой, трудностями в управлении гневом и возможной алкогольной зависимостью. Клиент представил ряд жалоб, среди которых упоминалось подавленное настроение, чувство вины, раздражительность, неконтролируемое беспокойство, увеличение потребления алкоголя и чувство «бесполезности».

Идентифицирующая информация

Стивен Р., женат, 42 года. Имеет бухгалтерское образование и работает полный день в крупной корпорации на позиции старшего бухгалтера. Отчитывается напрямую фининспектору, который тоже занимает в компании управляющую позицию. На текущем месте он работает 12 лет, младший персонал отчитывается ему. У него трое детей: 12-летний сын, 9-летняя дочь и 6-летний сын. Его жена прошла лицензирование на должность медсестры и работает неполный рабочий день в отделении крупной городской больницы. Они женаты 15 лет. Последние несколько месяцев Стивен взял на работе отпуск по временной нетрудоспособности.

Текущая ситуация и поведенческие наблюдения

Стивен пришел на встречу заранее. Был настроен серьезно. Продемонстрировал в некоторой степени отстраненный стиль общения и изначально показался неземональным; свои проблемы иногда описывал используя форму третьего лица. Он отлично ориентировался в происходящем и не демонстрировал беспорядочности в мыслях, низкой концентрации или проблем с памятью. Сложилось впечатление, что он хорошо подготовился к оценочной сессии, принес с собой блокнот. Он заранее изучил КПТ и свои возможные диагнозы, связанные с тревогой и депрессией; изучил также личность интервьюера. В начале интервью особенных эмоций не демонстрировал. Однако постепенно становился все более грустным и прослезился, рассказывая о своей нынешней ситуации и недавних событиях жизни. Судя по всему, при выражении грусти ощутил волнение, беспокойство и дискомфорт. Периодически спонтанно использовал самоуничижительные характеристики: говорил, что чувствует себя бесполезным, обузой для семьи; сообщил, что думал, как родным было бы лучше без него. Сотрудничал во всем, общался с интервьюером уважительно, но избегал визуального контакта. Казалось, ему хочется закончить интервью побыстрее.

Рис. 3.3. Результаты исходной оценки, представленные в формате КПТ-отчета. Адаптировано из материалов подгруппы когнитивной терапии в рамках амбулаторной программы поддержания психического здоровья (Калгари, Канада). Такой формат отчета не является универсальным и может потребовать адаптации под конкретные клинические условия. Приведено с разрешения доктора Керри Мазерсилл, супервизора подгруппы

Стивен назвал сразу несколько актуальных проблем. Он заполнил PHQ-9 и GAD-7; по обоим опросникам получил клинически значимые результаты: 18 и 14 соответственно. Он сообщил, что большую часть времени ощущает тревогу и печаль, повседневные события его легко раздражают.

Был самокритичен и рассказал о нескольких ситуациях, в которых испытывал острое чувство вины за свои действия на работе и за то, что взял длительный отпуск. Сообщил об иногда возникающих у него мыслях о самоубийстве, порой возникающем ощущении безнадежности и собственной бесполезности в связи с мыслями о будущем. У него снизился аппетит и либидо, вес при этом остался прежним. Часто ловил себя на негативных мыслях о себе и других. Сомневаясь в собственных способностях, он мало чего ждал от окружающих. Попыток суицида Стивен не совершал и сказал, что вредить себе не намерен. О самоповреждении он не думал, оружием не владел. Жаловался на частое неконтролируемое беспокойство. Беспокоился обычно о своем психическом здоровье, деньгах; о том, как его встретят на работе, когда он вернется, и удастся ли ему снова справиться со своими обязанностями. Вечерами Стивену было сложно заснуть, а днем он не чувствовал себя энергичным и мотивированным. Из-за бессонницы часто засиживался ночью подолгу и ложился в кровать только утром, уже после того, как жена и дети уходили из дома.

Состояние Стивена соответствовало диагностическим критериям большого депрессивного расстройства (БДР) и генерализованного тревожного расстройства (ГТР). Он также демонстрировал некоторые склонности к социальной тревожности: описывал себя как молчаливого человека, предпочитающего находиться в обществе не более чем одного-двух человек. Он боялся осуждения, особенно в отношении своих профессиональных и социальных компетенций. Стивен обычно был уступчив; досуг в семье организовывала жена. Он сказал, что у него мало друзей; вне работы общение с коллегами происходит только на корпоративных мероприятиях. Себя он описывал как замкнутого человека, которому не хочется, чтобы другие что-то знали о его личной жизни.

У одного из его детей был диабет 2-го типа; у другого ребенка — легкая степень нарушения обучаемости. У жены проблем со здоровьем не наблюдалось; брак он считал достаточно счастливым. Его депрессия внесла некоторое напряжение в семейные отношения; Стивен чувствовал себя крайне виноватым за неспособность вернуться на работу. Жене пришлось брать дополнительные смены в больнице, чтобы платить по счетам. Они жили в собственном доме, выплачивали ипотеку и кредит за машину.

На первом интервью Стивен сообщил, что проводит дни за чтением и домашними делами, забирает детей из школы и отвозит по кружкам. Он признался, что с трудом встает с кровати и приводит себя в порядок. Прошлые интересы потеряли для него значение: он перестал ходить в спортзал и выходить из дома в течение дня, так как боялся, что соседи заметят его временный уход с работы. Он был убежден, что его сочтут неудачником, если заметят дома в течение дня. По ночам, когда члены семьи спали, он сидел в интернете, изучая новости и финансовую информацию. Каждую ночь выпивал три-четыре бутылки пива или несколько бокалов вина за ужином (намного больше, чем раньше).

При общении вел себя отстраненно и сдержанно, но, когда говорил о своих проблемах, начинал волноваться и плакать. Себя описывал как добросовестного работника, иногда перфекциониста. К работе относился очень внимательно, за что получал положительную

Рис. 3.3. (продолжение)

обратную связь от начальства. Стивен сказал, что два года назад его повысили — доверили управлять работой двух новых сотрудников. Эта роль давалась ему тяжело, особенно когда требовалось оценить успехи подчиненных и за что-то их критиковать.

По словам Стивена, состояние здоровья у него было хорошее, хотя большую часть времени он ощущал усталость и ленился. Аппетит у него нормальный; потребление алкоголя за последние несколько месяцев значительно увеличилось. Он сообщил, что последние полгода принимает антидепрессанты и понимает, что сочетать эти медикаменты с алкоголем неразумно.

Список проблем:

1. В повседневных действиях недостает структуры и смысла.
2. Бессонница.
3. Недостаток коммуникативных навыков.
4. Эмоциональное избегание (особенно в отношении злости).
5. Негативные представления о себе.
6. Неконтролируемое беспокойство.
7. Подавленность и мысли о самоубийстве.
8. Недостаток социальной поддержки.
9. Беспокойство о деньгах и возвращении на работу.

Диагностическая оценка

Состояние Стивена соответствует диагностическим критериям большого депрессивного расстройства и генерализованного тревожного расстройства, с вероятным наличием социального тревожного расстройства.

Важные аспекты истории жизни

Текущий эпизод

По словам Стивена, после повышения ему было сложно решать задачи, связанные с управлением подчиненными. Около полугода назад на работе произошел инцидент, в ходе которого он «сорвался» на сотрудника, который допустил серьезную ошибку, стоившую их организации нескольких тысяч долларов. У компании и без того были финансовые трудности, уже какое-то время ходили слухи о возможных сокращениях и снижении расходов. Стивен очень разозлился на подчиненного, проявил вербальную агрессию. Однако ему почти сразу стало понятно, что такое поведение неуместно; он ушел с работы, добрал до моста и стал думать о том, как мог бы сейчас спрыгнуть в воду. Осознав опасность данного состояния, он позвонил жене, которая отвезла его в приемный покой больницы. Стивен прошел оценку психического и физического состояния, ему выписали медикаменты, и через несколько недель он получил направление на когнитивно-поведенческую терапию. За три недели до первого интервью он попытался вернуться на работу, но это спровоцировало резкое обострение тревоги, с которой ему было сложно справиться. Стивен провел на работе полдня и вернулся домой с чувством тревоги, возбуждения и уныния.

Рис. 3.3. (продолжение)

История лечения

Стивен обратился к семейному врачу полгода назад, после того как прошел оценку своего психического состояния в больнице. Семейный врач провел скрининговое интервью и прописал антидепрессанты, а также выдал ему справку о временной нетрудоспособности. Через несколько месяцев симптомы Стивена не просто не улучшились, но даже ухудшились, поэтому ему выдали направление на когнитивно-поведенческую терапию. Опыта получения психотерапевтической помощи у Стивена не было, хотя он рассказал о других эпизодах депрессии. В ходе первого интервью он сообщил, что у него диагностировали БДР спустя какое-то время после того, как он закончил обучение в техникуме; в следующий раз это произошло из-за потери работы через три года после их с женой переезда в город, где они живут по сей день. Стивена уволили из-за сокращений в компании — не потому, что он недостаточно хорошо справлялся со своими профессиональными обязанностями. Оба раза он получал медикаментозное лечение. В больницах не лежал, попыток самоубийства не совершал, от зависимостей не лечился.

Важные аспекты предьистории

Стивен — старший из двух братьев. Его младший брат работает бухгалтером в городе, где они оба выросли. Отец на пенсии, много лет трудился в сфере финансов и добился профессиональных успехов. Стивен говорит, что всегда восхищался отцом, но чувствовал, что не оправдывает его ожиданий. Мать Стивена тоже на пенсии; до недавнего времени она работала учительницей в начальной школе. Свое детство Стивен описывает позитивно и рассказывает, что в отчем доме всегда ценился упорный труд, финансовая стабильность и семейные ценности. Учился Стивен хорошо, но испытывал некоторые трудности в общении, потому что по природе был серьезным и стеснительным. Спортивным он никогда не был; в школе его иногда дразнили, называя слишком серьезным или «ботаником». Травм, связанных с насилием, у него не было; хотя после первого эпизода депрессии перспектива возможного повторения состояния вызывала у Стивена тревогу. После окончания техникума и женитьбы Стивен с супругой переехали в крупный город, где было проще найти работу. Так как родители жили в нескольких часах езды от нынешнего места проживания Стивена, он не сказал им о том, что перестал ходить на работу. Хотя отношения с родителями он описывал как близкие, говорить о чувствах и личных переживаниях у них было не принято. Отношения с братом у Стивена не слишком близкие, хотя разница в возрасте составляет всего полтора года; по словам клиента, они всегда соперничали. Стивен считает, что брат гораздо успешнее него.

Когнитивно-поведенческая концептуализация

Стивен вырос в семье, где подчеркивалась важность труда, финансовой ответственности, а также транслировалось убеждение, что зарабатывать на жизнь и содержать семью должен мужчина. Качественное выполнение работы является для него ценностью; обычно такой подход к учебе и работе приносил позитивную обратную связь. Себя он считает серьезным, способным человеком в работе, при этом неловким и беспомощным в общении. Во время учебы в школе Стивена дразнили, поэтому он старался избегать взаимодействия с другими людьми и в целом считал себя социально неадекватным. Ему

Рис. 3.3. (продолжение)

было сложно понимать других людей. В его семье выражать негативные эмоции или демонстрировать уязвимость было не принято. Он также вспоминает, как отец осуждал проходившего лечение депрессии соседа — называл того слабаком и неудачником. Стивен отказывается от социальных отношений в пользу работы. Судя по всему, у него есть глубинные убеждения, связанные с тем, что окружающие оценивают его негативно, а также с тем, что главными целями в жизни являются стабильность, безопасность и профессиональные успехи. Хотя он не говорит, что перемены в жизни даются ему сложно, все три депрессивных эпизода произошли сразу после важных изменений или ситуаций, требовавших от него большей ответственности. Стивен склонен преуменьшать свою потребность в социальной поддержке; к обращению за помощью его мотивировало в первую очередь желание успешно вернуться на работу.

Важные исследования клинических результатов

Многие исследования демонстрируют преимущества использования когнитивно-поведенческой терапии при лечении депрессии и тревожных расстройств. Фокусом такой терапии становятся поведенческие задания, ориентированные на увеличение количества действий, приносящих клиенту ощущение мастерства и удовольствия, на идентификацию и реструктуризацию негативных автоматических мыслей и эмоций, оценку и потенциальное изменение убеждений клиента. Метаанализ демонстрирует высокую эффективность КПТ депрессии (Cuijpers et al., 2013) и генерализованного тревожного расстройства (Cuijpers et al., 2014); эффекты данной психотерапии как минимум равны эффектам, получаемым при работе в других терапевтических подходах, и при этом сохраняются дольше, по сравнению с результатами медикаментозного лечения.

Рекомендации и цели терапии

Стивену рекомендована когнитивно-поведенческая терапия с сессиями раз в неделю; проведено обсуждение целей терапии. Он сказал, что, кроме успешного возвращения на работу, ему хотелось бы добиться большей осмысленности и структурированности в повседневных делах, научиться справляться с беспокойством, тревогой и раздражительностью, а также освоить более эффективные коммуникативные навыки. Отметил, что полезно научиться использовать разные стратегии в конфликтах на работе.

Были сформулированы следующие цели терапии:

1. Ориентация на когнитивно-поведенческую модель.
2. Создание и укрепление терапевтического альянса, построенного на принципе сотрудничества.
3. Психообразование.
4. Структурирование и планирование повседневных занятий, особенно связанных с проявлением мастерства.
5. Помощь в успешном возвращении на работу.
6. Тренинг коммуникативных навыков, особенно связанных с разрешением конфликтных ситуаций.
7. Увеличение осознанности и толерантности в отношении неприятных эмоций, особенно злости.

Рис. 3.3. (продолжение)

8. Отслеживание мыслей и реструктуризация дисфункциональных убеждений.
9. Возможно, проведение экспозиции в отношении беспокойства и социальных ситуаций.
10. Постоянное отслеживание суицидальных мыслей и употребления психоактивных веществ.
11. Увеличение социальной поддержки.
12. Схематерапия на последних стадиях терапии, если необходимо.

Факторы, способные повлиять на результат

Стивен мотивирован вернуться на работу и снова взять на себя роль добычика в семье. Хотя, получив рекомендацию пройти психотерапию, он не продемонстрировал особенного энтузиазма — его заинтересовал структурированный, ориентированный на достижение целей и эмпирически обоснованный подход. Свойственные ему трудолюбие и добросовестность, скорее всего, помогут в процессе лечения. Кроме того, несмотря на состояние дистресса, Стивен понимает, что некоторые его копинг-стратегии (например, ночное бодрствование и употребление алкоголя) непродуктивны. Он хочет расширить свой копинговый репертуар и особенно заинтересован в развитии навыков, которые помогут добиться успехов в работе. Это хорошее подспорье для успешной терапевтической работы. С другой стороны, Стивен в первую очередь мотивирован на возвращение к трудовой деятельности, а не на изменение подхода к жизни в целом. Ему свойственна социальная неловкость, очевидно проявляющаяся и в общении с психотерапевтом. Его межличностные тенденции избегать трудных тем и быть сдержанным, вероятно, будут присутствовать в терапевтических отношениях. Стивен может противиться проявлению негативных реакций, его склонность злиться способна помешать прогрессу. Кроме того, когда он успешно вернется на работу, может отказаться от дальнейшей психотерапии, даже если проблемы, приведшие его к депрессии, еще не будут решены.

Дебора Добсон, PhD, зарегистрированный психолог
Копия для доктора З.

Рис. 3.3. (окончание)

Большое депрессивное расстройство

Когнитивно-поведенческая терапия — эффективная психосоциальная форма лечения депрессии и предотвращения рецидивов депрессивных состояний (Hollon, Thase & Markowitz, 2005). Многочисленные рандомизированные контролируемые исследования и метаанализы показали, что когнитивная терапия, поведенческая активация и их комбинированное использование дают результаты, в краткосрочной перспективе сопоставимые или превышающие результаты иных форм психотерапии (Cuijpers et al., 2014). Когнитивно-поведенческая терапия может давать более выраженные долгосрочные результаты, чем продолжительная фармакотерапия (Hollon et al., 2005; Paykel, 2007). КПТ сосредоточена на поведенческих заданиях, выполнение которых помогает научиться чаще использовать формы поведения, связанные с ощущениями мастерства и удовольствия. Она также ориентирована на идентификацию и реструктуризацию негативных автоматических мыслей и эмоций, оценку и потенциальное изменение убеждений клиента.

Паническое расстройство

Когнитивно-поведенческая терапия — эмпирически обоснованный метод лечения панического расстройства. Исследования показывают, что именно этот подход должен стать терапией первого выбора при работе с большинством клиентов. Порядка 70–90 % клиентов избавляются от панических симптомов на момент завершения психотерапии (Barlow & Craske, 2000). Обзоры публикаций подтверждают, что результаты КПТ панического расстройства высокие и обычно носят долгосрочный характер (Landon & Barlow, 2004; Mitte, 2005b).

Социальное тревожное расстройство

Исследования показывают, что групповая КПТ — эффективная форма работы, по сравнению с поддерживающей групповой психотерапией, пребыванием в контрольной группе в списке ожидания, а также обычным лечением социофобии (например, Wersebe, Sijbrandij, & Cuijpers, 2013). Метаанализы исследований результатов психотерапии подтверждают, что сочетание экспозиционной и когнитивно-поведенческой терапии является высокоэффективной формой работы с социальным тревожным расстройством (Fedoroff & Taylor, 2001; Rodebaugh, Holaway, & Heimberg, 2004).

Изолированные фобии

Экспозиция по отношению к пугающим объектам или ситуациям считается основополагающим компонентом эффективной терапии изолированных фобий. Экспозиция *in vivo*, как правило, предпочтительна по сравнению с другими подходами и приводит к клинически значимым улучшениям. Метаанализы подтверждают клиническую ценность КПТ изолированных фобий (Choy, Fyer, & Lipsitz, 2007; Olatunji, Cisler, & Deacon, 2010).

Рис. 3.4. Данные по эффективности методов лечения

Посттравматическое стрессовое расстройство

Когнитивно-поведенческая терапия считается эффективной формой лечения посттравматического стрессового расстройства. Эффективность демонстрируют и групповая, и индивидуальная формы КПТ (Barrera, Mott, Hofstein, & Teng, 2013). Метааналитические обзоры подтверждают, что эффективность КПТ при ПТСР сопоставима с эффектами применения таких методов, как десенсибилизация и переработка движением глаз (Chen, Zhang, Hu, & Liang, 2015); причем результаты сохраняются в долгосрочной перспективе (Bisson & Andrew, 2007; Seidler & Wagner, 2006). Более того, когнитивно-поведенческая терапия демонстрирует умеренную эффективность в предотвращении хронического ПТСР (Kliem & Kröger, 2013).

Обсессивно-компульсивное расстройство

Когнитивно-поведенческая терапия, особенно включающая в себя элементы экспозиции и предотвращения реакции, является терапией выбора для взрослых с обсессивно-компульсивным расстройством (McKay et al., 2015). 50–80 % клиентов, прошедших КПТ, сообщают о снижении симптомов после 12–20 сессий, причем результаты оказываются долговременными (Abramowitz, Taylor, & McKay, 2005). Когнитивная терапия, предусматривающая экспозицию и предотвращение реакции, также может способствовать укреплению приверженности лечению и способности переносить дистресс (McKay et al., 2015).

Генерализованное тревожное расстройство

Куйджперс с коллегами (Cuijpers et al., 2014) опубликовали результаты метаанализа, показавшие обширный и клинически существенный эффект когнитивно-поведенческой терапии в лечении генерализованного тревожного расстройства. Кроме того, когнитивная терапия является эффективным средством снижения патологического беспокойства, причем результаты сохраняются длительное время (Hanrahan, Field, Jones, & Davey, 2013), хотя через год после завершения терапии лишь немногим больше половины участников (57 %) считаются выздоровевшими. Кроме того, когнитивно-поведенческая терапия показывает более высокие результаты, чем аналитическая или недирективная, а также медикаментозное и терапевтическое плацебо (Mitte, 2005a).

Коморбидные тревога и депрессия

Во многих исследованиях продемонстрированы преимущества когнитивно-поведенческой терапии при работе с клиентами, столкнувшимися одновременно с тревогой и депрессией. Их лечение сосредоточено на поведенческих заданиях, позволяющих усилить ощущение мастерства и удовольствия, выявления и реструктуризации негативных автоматических мыслей и эмоций, а также оценки и изменения убеждений клиента. Метаанализы демонстрируют высокую эффективность КПТ депрессии (Cuijpers et al., 2013) и генерализованного тревожного расстройства (Cuijpers et al., 2014), причем результаты по эффективности как минимум сопоставимы с результатами других форм психотерапии и позволяют добиться более долгосрочных изменений по сравнению с медикаментозной терапией.

Рис. 3.4. (продолжение)

Расстройства сна

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы представляет собой краткосрочную сфокусированную интервенцию, которая в разных исследованиях демонстрирует среднюю или высокую силу эффекта, сохраняющуюся со временем (Koffel, Koffel, & Gehrman, 2015). Метаанализ (Malouff, Thorsteinsson, Rooke, Bhullar, & Schutte, 2008) подтвердил умеренную эффективность КПТ хронической усталости.

Индивидуализированные утверждения

При необходимости можно вносить следующие дополнения в представленную конкретным клиентам информацию:

- Клиентам с коморбидными жалобами (например, на депрессию или тревожное расстройство в сочетании с другими состояниями и сложностями) в большинстве случаев требуется более длительная либо дополнительная терапия.
- Послеродовая депрессия по природе своей аналогична эпизоду клинической депрессии и лечится аналогичным образом (Bledsoe & Grote, 2006).
- Хотя когнитивно-поведенческая терапия эффективна в лечении тревоги о здоровье (Olatunji et al., 2014), более длительная психотерапия дает больший эффект.

Рис. 3.4. (окончание)

- В некоторых учреждениях требуются формальная оценка состояния клиента и оформление отчетов о приеме. Эти документы позволяют передать результаты оценки и концептуализации семейному врачу клиента или специалистам в сфере психического здоровья, которые направили его к вам, а также информировать других специалистов о когнитивно-поведенческой терапии. На рис. 3.3 представлен пример отчета о когнитивно-поведенческой оценке клиента, обратившегося на прием с депрессией и другими жалобами. Такой формат позволяет полноценно описывать проблему и согласуется со схемой составления концептуализации на рис. 3.1.
- Имеет смысл включать в отчеты раздел «Важные исследования клинических результатов». Такое дополнение поможет получателям информации оценить значение использования доказательной психотерапевтической практики и в то же время стимулирует автора изучать публикации актуальных исследований об эффективности психотерапии в работе с разными проблемами. Примеры короткой формы представления результатов исследований об эффективности психотерапии для разных диагнозов приведены на рис. 3.4. Конечно, эти данные нужно обновлять по мере публикации новых исследований. Важно также подчеркивать возможные отличия ваших клиентов

и людей, попавших в выборки участников исследований. Обычно шаблоны для создания таких отчетов включают в себя действительно много информации, и в некоторых клинических условиях с большой нагрузкой их модификация может оказаться необходимой.

Приведенный в данной главе шаблон и пример отчета легко «индивидуализировать» под конкретную практику. Если вы работаете с большим количеством клиентов, нередко возникает соблазн отказаться от заполнения формальной концептуализации; кроме того, время специалиста может расходоваться на решение других профессиональных задач. К тому же многие склоняются к тому, что концептуализация случая нужна только в работе со сложными клиентами, а в более простых ситуациях ее прописывать необязательно. Чтобы не поддаваться соблазну и не пропустить данный этап работы, можно предусмотрительно прикладывать форму для заполнения концептуализации к материалам по каждому клиенту: так она всегда будет под рукой. Периодически возвращайтесь к ней и пересматривайте ее.

Бо — опытный когнитивно-поведенческий психотерапевт, ведет практику в рамках финансируемой из бюджета программы поддержания психического здоровья населения. Он только что закончил исходную оценку и концептуализацию случая нового клиента по имени Роджер. По старой привычке Бо расписал результаты оценки и вложил в карточку клиента копию отчета (где среди прочего содержался абзац про доказательную базу КПТ). Получив на то письменное согласие Роберта, Бо отправил копию документа его семейному врачу, по направлению которого клиент и обратился. Бо также составил примерную концептуализацию и закрепил ее на внутренней стороне обложки папки, чтобы документ было легко найти и, если нужно, скорректировать.

Так как проблемы Роджера во многом касались отношений с женой, Бо указал на это клиенту и использовал схематическую форму концептуализации, чтобы объяснить свою позицию. Бо предположил, что в будущем в какой-то момент может оказаться полезным обсуждение этой концептуализации с женой Роджера, а также ее приглашение на одну-две информационные сессии. Роджер согласился вернуться к обсуждению этого вопроса в дальнейшем.

Глава 4

ВЫСТРАИВАНИЕ АЛЬЯНСА И ПЛАНИРОВАНИЕ КАК ПОДГОТОВКА ПОЧВЫ ДЛЯ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Когда этап психологической оценки пройден и концептуализация клинического случая составлена, самое время обсудить с клиентом цели терапии. Вы уже проверили, насколько верен поставленный диагноз, и дали клиенту обратную связь по результатам психологической оценки. Позитивный терапевтический альянс зародился. Если вам повезло, вам удалось найти время на изучение последних данных о результатах эмпирических исследований и вы знаете, какие современные формы психотерапии считаются более эффективными для работы с проблемами конкретного клиента, пришедшего на терапию. Что дальше? Как превратить надежды клиента в терапевтические цели? В этой главе мы обсудим значение терапевтического альянса и способы, помогающие устанавливать с клиентами отношения, основанные на сотрудничестве. Кроме того, мы назовем шаги, которые нужно предпринять для планирования лечения и постановки целей, чтобы усилить терапевтический контракт и мотивацию клиента.

Многие книги, учебные программы и мастер-классы сосредоточены на оценке состояния клиента и разработке концептуализации. Гораздо меньше времени уделяется тому, что происходит в психотерапии после нескольких первых сессий. «Что дальше?» — этот вопрос волнует многих начинающих психотерапевтов, у которых пока не сформировано четкое представление о действиях, следующих за более структурированными

и разграниченными первыми этапами терапевтического процесса. Клиенты, попадающие в психотерапию, обычно проходят оценочное интервью, многие в результате получают диагноз. А другие аспекты психологической помощи доступны не всем. Многие не понимают, почему приходится снова и снова пересказывать свою историю, не получая рекомендаций. К первым шагам, которые необходимо сделать после оценки и составления концептуализации, относятся следующие: планирование терапии, постановка целей, создание терапевтического контракта, а также работа с амбивалентным отношением клиента к изменениям. Хотя примерные цели прописываются на этапе концептуализации, их нужно дорабатывать в течение нескольких первых сессий; это касается и выбора метода, который будет использован для достижения поставленных целей. И в основе каждого шага лежит терапевтический альянс, основанный на сотрудничестве.

Сильный терапевтический альянс — ключ к успеху любой психотерапии. В самых крайних случаях клиент, который ощущает дискомфорт в обществе специалиста или испытывает неуважительное отношение к себе, может просто перестать ходить на сессии. Позитивный альянс — двигатель сложных терапевтических изменений. В первой части этой главы мы коротко изучим факторы, связанные с межличностными отношениями в контексте когнитивно-поведенческих интервенций. На ранних этапах лечения терапевтические отношения лишь зарождаются, клиент часто испытывает дискомфорт, а доверие к специалисту может быть не полным.

Рассмотрим ряд общих факторов, влияющих на когнитивно-поведенческие интервенции, в частности развитие терапевтического альянса для содействия изменениям, а также некоторые из вариантов, в которых эти факторы отличаются при таком подходе. Обсудив факторы, связанные с терапевтическими отношениями, перейдем к планированию лечения и постановке целей.

ОТНОШЕНИЯ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Терапевтические отношения — один из главных компонентов психотерапии; на протяжении многих лет их активно исследовали. Целевая рабочая группа Американской психологической ассоциации подготовила большой обзор публикаций по этой теме (Norcross, 2002; Norcross & Lambert, 2011a, 2011b). В контексте когнитивно-

поведенческой терапии данный вопрос неоднократно рассматривался в статьях и книгах (e.g., Kazantzis, Cronin, Dattilio, & Dobson, 2013; Kazantzis, Dattilio, & Dobson, в печати). О роли терапевтических отношений идут жаркие споры. Одни утверждают, что именно этот фактор ответственен за большую часть терапевтических изменений; другие называют его «необходимым, но недостаточным» для достижения прогресса (А. Т. Beck et al., 1979). Хорват, Дел Ре, Флюкигер и Саймондс (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011) провели метаанализ исследований терапевтических отношений в контексте разных подходов и выявили умеренные, но надежные отношения между альянсом и результатом психотерапии — независимо от модели психотерапии. КПТ критикуют за недостаточное внимание к межличностным факторам — этот вопрос мы подробно рассмотрим в разделе «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии».

Терапевтический альянс — важнейший элемент совместного эмпиризма, и оба эти явления играют ведущую роль в эффективной когнитивно-поведенческой терапии. Для создания крепкого терапевтического альянса требуется ряд факторов, значимость которых подтверждена эмпирическими исследованиями: это тепло, эмпатия, безусловное положительное отношение и уважение к клиенту (см. Castonguay & Beutler, 2006). Более подробный разбор эмпирически выделенных факторов, связанных с межличностными отношениями в КПТ, представлен в главе 13. Понимание внутренней реальности клиента, демонстрация тепла и заботы о его благополучии, создание рабочего альянса на основе сотрудничества необходимы для успешной когнитивно-поведенческой терапии. *Рабочим альянсом* называют согласие между клиентом и специалистом относительно терапевтических целей и задач, выполнение которых позволит этих целей достичь, а также формирование связи между терапевтом и клиентом (Borden, 1979).

Ниже будут рассмотрены формы применения данных принципов в отношениях, формирующихся по ходу КПТ. Мы предполагаем, что у читателей книги есть опыт обучения, прохождения супервизий и практического использования навыков формирования терапевтического альянса с клиентами. Поэтому не разбираем терапевтические факторы, которые являются общими для всех форм психотерапии, и не говорим о том, как развивать терапевтические отношения в целом; вместо этого сосредоточимся на особенностях когнитивно-поведенческой модели.

Роль психотерапевта

Клиенты хотят, чтобы работающие с ними специалисты были экспертами в оказании психотерапевтических услуг и вели себя профессионально (что подразумевает, среди прочего, наличие четких профессиональных границ и отличных навыков общения). К когнитивно-поведенческим психотерапевтам предъявляется ряд требований относительно межличностного взаимодействия, в которых нужно соблюдать баланс, сохраняя чувствительность к потребностям клиентов и их возможным эмоциональным реакциям, равно как и к собственным реакциям, автоматическим мыслям о клиентах, сессии и психотерапии в целом.

МИФЫ О КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

«Когнитивно-поведенческие специалисты обычно не используют межличностные процессы (например, эмпатию или самораскрытие) в терапии, поэтому кажутся равнодушными и “техничными”. В КПТ терапевтические отношения не важны.»

Обычно КПТ строится вокруг облегчения симптоматики клиентов через когнитивные и/или поведенческие изменения. Иными словами, внимание сосредоточено на результате, а не на процессе терапии. Или даже так: в КПТ терапевтические процессы всегда на службе клинических результатов. Более того, в публикациях, посвященных результатам психотерапии, часто большее внимание уделяется аспектам лечения, «характерным для отдельных направлений», в то время как важность «неспецифических» общих факторов занижается. В исследованиях упор делается на техники (например, поведенческую активацию или когнитивную реструктуризацию), а не на связанные с отношениями факторы, которые позволили достичь терапевтических изменений. В результате неспецифические факторы (например, терапевтический альянс, ожидания клиентов и терапевтов, продолжительность и формат лечения) скорее контролируются, а не изучаются напрямую. В результате возникают мифы, которые распространяются и в клинической практике, и в теоретической литературе: представления о том, что эти факторы эквиваленты независимо от психотерапевтических школ или что в КПТ они не используются, а значит, терапевтический альянс и другие общетерапевтические факторы в когнитивно-поведенческой работе менее важны, чем в любой другой. Следовательно, появляется допущение, что когнитивно-поведенческая работа скорее представляет собой применение техник и обучение клиента, чем *выстраивание отношений с ним*.

Однако почти во всех книгах по когнитивно-поведенческой терапии подчеркивается важность терапевтических отношений (альянса) в достижении результатов. Это касается и первой публикации А. Бека с коллегами (1979), где перечислены «необходимые, но не достаточные для достижения оптимального терапевтического результата характеристики» специалиста: теплота, уместная эмпатия и искренность (с. 45). Кроме того, публикуются работы, в которых освещены вопросы выстраивания отношений с клиентами в более сложных случаях (J. S. Beck, 2005), работы с сопротивлением в КПТ (Leahy, 2001), разработки межличностной модели в когнитивной терапии (Safran & Segal, 1990). Считается, что чем больше у клиента межличностных проблем, тем сильнее должен быть упор на психотерапевтические отношения (например, Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Основываясь на большом обзоре результатов исследований поведения психотерапевтов и клиентов в КПТ, Кейджерс, Шаап и Худин (Keijsers, Schaap & Hoogduin, 2000) пришли к заключению, что когнитивно-поведенческие специалисты используют межличностные навыки в том же объеме, что и представители других теоретических направлений. Так, не выявлено существенных различий в частоте использования самораскрытия терапевта — по сравнению с инсайт-ориентированной терапией; как и связь между самораскрытием и результатами. Более того, «терапевтические отношения в КПТ [когнитивно-поведенческой терапии] характеризуются более активной и директивной позицией терапевта, а также более высоким уровнем эмоциональной поддержки, по сравнению с направлениями, ориентированным на инсайт» (с. 284–285). Говарт и коллеги (Horvath et al., 2011) также провели несколько исследований, в ходе которых пришли к заключению о существовании надежной связи между терапевтическим альянсом и результатами психотерапии. При этом первое исследование показало, что (негативные) факторы, связанные с отношениями, в большей степени помогают предсказать преждевременное прекращение психотерапии, нежели ее конечный результат. Многие клиенты, прошедшие терапию в необходимом объеме, предоставляют информацию об удовлетворенности работавшими с ними специалистами и терапевтическим альянсом. Крейгхед, Шитс, Бьйорнсон и Арнарсон (Craighead, Sheets, Bjornsson & Arnarson, 2005) утверждают: споры вокруг специфичности и неспецифичности факторов эффективности психотерапии, затрагивающие в том числе тему терапевтического альянса, являются отличным примером дихотомического мышления по А. Беку: «Установление преимущества не равно установлению специфичности» (р. 190). Авторы указывают, что сильный терапевтический альянс является одним из основополагающих ингредиентов во всех психотерапевтических направлениях, а также что неспецифические и специфические переменные неразрывно связаны. Так,

шкалы, измеряющие компетентность, обычно оценивают неспецифические факторы. Например, Шкала когнитивной терапии (см. приложение А) включает в себя шесть пунктов, связанных с общими терапевтическими навыками, а также пять более специфичных для данного направления навыков (Young & Beck, 1980). Следовательно, компетентность КПТ-специалиста предполагает наличие у него развитых неспецифических навыков — понимания, эмпатии, теплоты и искренности, — а также умения реагировать на вербальную и невербальную обратную связь клиента.

Голдфрид, Буркелл и Ойбанкс-Картер (Goldfried, Burckell & Eubanks-Carter, 2003) утверждали, что самораскрытие является эффективным инструментом для укрепления альянса и стимуляции изменений в КПТ. При этом особенных отличий в частоте использования самораскрытия среди когнитивно-поведенческих специалистов и представителей подходов, ориентированных на инсайт, замечено не было. Вопреки мифам, на данный момент нет данных, которые подтверждали бы, что когнитивно-поведенческие специалисты техничны, холодны или поверхностны в работе (Keijsers et al., 2000).

«Экспертность» и «равенство»

Вы — эксперт в ряде вопросов: когнитивно-поведенческом подходе, оценке нормального и ненормального психологического функционирования, конкретных расстройствах и сложностях. В начале терапии мягко демонстрируйте свою экспертную позицию: опишите области своих компетенций и опыта. Если клиент задаст относящийся к лечению вопрос, отвечайте на него максимально полно. Если не можете сразу дать интересующую клиента информацию о расстройстве или психотерапии, можно честно ему об этом сообщить и, если возможно, собрать необходимые данные, вынести их на обсуждение на следующей сессии. Ведь экспертность в какой-либо области не делает экспертом в отношении состояния конкретного человека. Сам клиент тоже наверняка является экспертом в каких-то областях, не имеющих отношения к лечению; признание этого позволяет выстраивать равные отношения между двумя специалистами, обладающими разными навыками и вместе решающими определенные проблемы. Такое взаимодействие способствует активному вовлечению клиента в терапевтический процесс.

Отношения между когнитивно-поведенческим психотерапевтом и клиентом не могут быть полностью равными, потому что клиент обращается к специалисту за экспертной, профессиональной помощью. Вы должны понимать, что многие будут считать вас влиятельным

человеком — и ваша роль в терапевтическом процессе действительно будет предполагать больше влияния, особенно в ситуациях, когда клиент переживает негативные эмоции или чувствует себя уязвимым. Выражаться это будет по-разному, в том числе через форму его обращения к вам (например, «доктор» или по имени), обстановку во время сессий (офис или общественный центр) и оплату вашей работы.

Как эксперт вы в том числе решаете задачи просвещения клиента. Чтобы эффективно представлять другим новую информацию, важно быть хорошим учителем. К важным педагогическим качествам относится умение ясно выражать свои мысли на языке клиента. Не нужно говорить снисходительно или использовать слова, которые клиент вряд ли поймет. Некоторые люди воспринимают обращение к научным материалам как проявление уважения; для других подобная информация избыточна. Поэтому всегда нужно сохранять чувствительность по отношению к клиенту и в своих психообразовательных инициативах учитывать его уровень понимания, образования, потребности и интересы. Клиенту, имеющему степень магистра или кандидата наук, будет полезен один тип материалов для самостоятельного изучения; клиенту, который не закончил старшую школу, — другой. Не стоит ориентироваться на свои догадки о том, какие источники информации доступны клиенту: лучше уточнять это напрямую. Старайтесь чаще оценивать уровень понимания клиентом материалов и упражнений, которые обсуждаете.

«Копинг» и «мастерство»

Зачастую психотерапевты подспудно или открыто становятся для клиентов своего рода ролевыми моделями. Например, на сессиях часто используются ролевые игры и другие упражнения, предполагающие разные виды моделирования поведения. Тем не менее во время коммуникативных практик, отработки иных навыков никто не ждет от вас экспертности во всем. Скорее наоборот: «идеальность» психотерапевта может негативно влиять на клиентов, которым в присутствии большого и всезнающего мастера будет неловко самим пытаться что-то менять в своем поведении. Следовательно, клиенты часто узнают больше от модели совладания, чем от модели мастерства. Клиентов скорее ободрит, если они увидят, что и терапевт может допускать ошибки, признавать их и делать все для поиска более эффективных форм поведения. Консультанты — тоже люди, осознание данного факта способно дополнительно обнадежить клиента. Иногда при выполнении практических упражнений уместно специально допускать ошибки, давая клиентам возможность

предложить способы их решения. Клиент, способный дать вам обратную связь о ваших действиях на сессии, чувствует себя достаточно комфортно; поэтому важно не занимать оборонительную позицию по отношению к его комментариям. Умение учиться на собственных ошибках, менять свое поведение и смотреть на собственные действия со стороны — важные качества, которые полезно моделировать для клиента. Если же вы сами даете ему обратную связь или что-то предлагаете, подавайте это как мнение для размышлений, а не четкую установку. Подталкивайте клиента к получению взгляда со стороны от людей, которым он доверяет и которых уважает. Так ваше мнение станет одним из множества других, в то же время вы дадите клиенту пример эмпиризма или стремления получать дополнительные знания и информацию.

Самораскрытие

Самораскрытие может эффективно использоваться в КПТ (см. врезку «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии» в этой главе). К нему относятся разные типы коммуникации, которые можно условно разделить на раскрытие контента и раскрытие процесса. Раскрытие контента — это ответы на вопросы клиента (например, «Сколько вам лет?», «Есть ли у вас дети?»). Здесь полезно руководствоваться следующим правилом: отвечать лишь на те вопросы, на которые отвечать комфортно, а в противном случае говорить: «Мне неудобно отвечать на этот вопрос». Мы рекомендуем не сопровождать данное утверждение комментариями, намекающими на то, что со стороны клиента спрашивать подобное неуместно, равно как не стоит отвечать вопросом на вопрос («Почему вас это интересует?»).

Стоит принимать во внимание и считаться с желанием клиента проверить ваш опыт и авторитетность или просто поддержать вежливую беседу. Вашей ответственностью являются ясные ответы на вопросы, связанные с вашим образованием, подготовкой и опытом. Со стороны клиента естественно интересоваться личностью терапевта; рассказывая что-то о себе, вы помогаете ему сформировать отношение к вам как к нормальному человеку. На самом деле едва ли возможно не делиться никакой информацией. Клиенты обращают внимание на оформление вашего кабинета, книги на полках и даже на то, как вы одеваетесь и укладываете волосы! Многие еще до обращения ищут информацию о психологах в интернете и приходят на первую консультацию с уже сформированным мнением о вас, о котором вы можете не подозревать.

Кроме того, в некоторых случаях уместно рассказывать о проблемах, с которыми вам доводилось сталкиваться и которые удалось преодолеть. В самораскрытии следует руководствоваться принципом полезности для терапевтического процесса: нужно действовать в интересах клиента. Если вы рассказываете о личной проблеме, она должна быть решенной, чтобы клиент не начал переживать за вас. Поэтому обдумывайте цели самораскрытия. Послужит ли оно нормализации переживаний клиента? Поможет ли ему (или ей) увидеть в вас живого человека, который тоже время от времени сталкивается с проблемами и использует когнитивно-поведенческие стратегии для их решения? Используете ли вы сами в жизни методы, которые предлагаете клиентам на сессиях? Например, если вы использовали принципы экспозиции на себе, избавившись от страха пауков перед поездкой в жаркие страны, рассказ об этом опыте (если он, конечно, принес желаемые результаты) может оказаться полезным для клиента.

Самораскрытие, ориентированное на процесс, предполагает, что терапевт озвучивает собственные автоматические мысли или описывает эмоциональные реакции — особенно в работе с клиентами, трудности которых связаны с межличностным взаимодействием. Для некоторых людей такое самораскрытие буквально бесценно — так редко они получают честную обратную связь от других. Например, клиент, поведение которого кажется агрессивным и злым, может переживать отвержение, и отвергающие не объяснят ему, в чем дело. Ваша обратная связь будет очень полезна таким клиентам, в том числе в ситуации, если вы опишете собственные мысли и эмоции, возникающие по ходу сессии. Аналогичным образом упоминание возникшего ощущения грусти или волнения в ответ на слова клиента может быть для него очень важным. Делясь своими автоматическими мыслями, вы помогаете ему лучше понять динамику межличностных отношений. А кроме того, моделируете навык, который, вероятно, в дальнейшем предложите развивать в обычной жизни. Практикуя самораскрытие, необходимо подчеркивать, что это пример реакции на действия клиента, но ни в коем случае не единственно возможная форма обратной связи. Обязательно берите на себя ответственность за собственные реакции; вы не можете говорить, как на действия клиента среагируют люди «в общем». Подталкивайте его к получению такой информации от других людей — тех, кому он доверяет.

Метакогнитивные процессы

Чтобы использовать самораскрытие в вопросах терапевтических отношений, нужно быть осознанным на *метакогнитивном* уровне и использовать эту информацию на сессии. Метакогнитивные процессы подразумевают осознание не только сиюминутных потребностей клиента, определяемых содержанием его (или ее) слов, эмоциональных реакций на ситуации, не только внимание к стратегиям, используемым клиентом на сессии, но и ваших собственных реакций. Предполагается осознание нюансов реакций клиента: того, о чем он не говорит. Ваши наблюдения можно озвучивать в форме гипотез, с которыми клиент соглашается или не соглашается, о которых может просто задуматься. Чтобы развить в себе данный навык, надо учиться отстраняться от происходящего, слушать и наблюдать за клиентом и за самим собой (например, «Слушать третьим ухом; смотреть третьим глазом»¹). Для развития этого навыка требуются время и практика, потому что достижению необходимой отстраненности мешают тревога, фрустрация и даже сосредоточенность на текущих задачах. Выдерживать объективную позицию может быть сложно перед лицом сильных эмоциональных реакций клиента; тем не менее со временем этот навык формируется. Когда клиент реагирует на вас или какой-то аспект терапии, старайтесь внимательно его слушать и не занимать оборонительную позицию.

Аффект

Один из мифов о когнитивно-поведенческой терапии связан с тем, что это сухое, техничное направление, которое не работает с эмоциями клиента (см. врезку «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии» в главе 5). Все клиенты, практически без исключения, приходят к терапевту со своими страданиями и в начале лечения выражают негативные эмоции. И хотя интервенции в форме выражения эмоций ради выражения эмоций не поощряются в КПТ, на разных этапах психотерапии клиенты так или иначе работают с эмоциями. Многие интервенции провоцируют сильный аффект (например, экспозиция или схематерапия), проживание эмоций — необходимый фактор их эффективности. Психотерапевты и сами могут выражать эмоции: например, грусть по поводу состояния клиента, энтузиазм и радость в отношении его попыток измениться, фрустрацию из-за отсутствия ожидаемого прогресса, искреннее удоволь-

¹ Приносим свои извинения Теодору Райку.

ствие от успешного завершения терапии. Иногда полезны юмор и даже выход за рамки нормативов — отчасти за счет того, что они снимают напряжение, отчасти потому, что некоторое легкомыслие позволяет взглянуть на ситуацию иначе. Изредка можно давать клиентам задания с откровенно юмористическим подтекстом (например, трогать грязные предметы в качестве экспозиции при обсессивно-компульсивном расстройстве или «случайно» неуклюже облиться водой на публике при социофобии). Если же история клиента трогает вас до глубины души, бывает полезно это показать. Вероятно, описание клиентом пережитых травматических ситуаций или насилия вызовет у вас слезы. Очевидно, что рыдания на сессии не помогут, но если вы прослезитесь, он, возможно, почувствует, что его понимают. Не стремитесь всегда держать маску и не проявлять своих реакций: в уместных ситуациях вы можете более ясно дать понять клиенту о своих чувствах во время сеанса.

Подкрепление смелости

Находясь в позиции консультанта, мы иногда забываем, как сложно клиентам выполнять предлагаемые в терапии задания. Если человек большую часть жизни избегал определенных ситуаций, людей, эмоций, а мы просим его не только осознать проблему, но и встретиться с ней лицом к лицу, конечно, ему будет непросто: он станет сомневаться, избегать, прокрастинировать. Крайне важно поощрять в клиенте смелость на пути к изменениям, ведь если он не будет пытаться, ничего не изменится. Поэтому терапевту стоит поддерживать клиента, поощряя любые, даже самые маленькие изменения. Ведь то, что кажется маленьким со стороны, для конкретного человека может иметь огромное значение. Напоминайте клиентам, что в конце концов их старания окупятся, и не забывайте подчеркивать результаты, которых удалось добиться.

В когнитивно-поведенческой терапии серьезное влияние на терапевтические отношения оказывает не только специалист, но и другие аспекты. В частности, структура, поддержание в клиенте надежды и позитивных ожиданий, а также совместный эмпиризм.

Баланс структурированности и гибкости

Структурированность сессий — одно из главных отличий КПТ от других психотерапевтических подходов. Стандартную структуру сессии мы подробнее разберем в следующей главе. Хотя структура вполне логична,

выстраивать каждую сессию в соответствии с ней может быть сложно, особенно при работе с разговорчивым, плохо контролирующим себя или переживающим сильные страдания клиентом. Прерывая его, особенно если он расстроен, вы можете сами себе казаться грубыми. Тем не менее иногда необходимо мягко приостановить монолог и вернуться к цели сессии. Некоторым больше подходят прямые несмягченные напоминания вроде: «У нас осталось 10 минут» или «Чтобы разобраться с повесткой дня, нам нужно двигаться дальше». Одна из авторов (Д. Д.) работала с клиенткой, которая очень негативно реагировала на завершение встреч и жаловалась, что чувствует себя так, словно ее торопят. После совместного обсуждения возможных способов разрешения проблемы было найдено решение: специалист обещала каждый раз предупреждать клиентку, что «до конца сессии остается 10 минут», тем самым помогая ей ориентироваться в ходе процесса.

Некоторые клиенты приходят в когнитивно-поведенческую терапию, не имея никакого представления о структурированности этого подхода. Чтобы вовлечь их в поддержание установленного формата, нужна просветительская работа. Безусловно, определение повестки дня и обобщение промежуточных результатов в ходе сессии и по мере приближения к ее завершению поможет структурировать отведенное на работу время. Практическая рекомендация: установите на видном месте часы, которые будут видны обоим. В конце концов, структурированность сессий сама по себе клиентам не вредит, скорее наоборот — дает ощущение уверенности. Более того, наша практика показывает: клиенты редко возражают против того, чтобы терапевт помогал им вернуться к заранее определенной траектории обсуждения; конечно, если понимают смысл этого действия.

Хотя структура сама по себе имеет ценность, чтобы принцип сотрудничества отражался и в ее соблюдении, нужно сохранять гибкость и учитывать потребности клиента. Просите клиентов предоставлять обратную связь не только по завершении сессии, но и в ходе ее процесса. Иногда важно отказаться от следования типичной структуре: например, если клиент приходит в кризисном состоянии или под угрозой оказывается терапевтический альянс. Негативная реакция на структурирование сессии возникает у клиентов, когда им кажется, что вы не заботитесь об их интересах и потребностях. Будьте внимательны по отношению к тому, что отвечаете клиентам. Когда терапия движется не так, как хотелось бы, или при работе с высокотревожными клиентами возникает желание структурировать сессии *жестче*, старайтесь противостоять таким позывам — лучше обсудите реакции клиента на

терапевтический процесс с ним самим. Иногда гибкость заключается в следовании за «потоком» и совершении действий, на которые вы не рассчитывали. Если клиент неожиданно для вас просит прийти на сессию с партнером для моральной поддержки или с ребенком, которого не с кем оставить, безусловно, надо рассмотреть возможность удовлетворения этой просьбы. Если предложение клиента кажется разумным или даже полезным, проявите гибкость. Так, на сессию с одним из авторов этой книги клиентка, склонная к социальному избеганию, однажды из-за стечения обстоятельств пришла с трехлетней дочерью. Девочка оказалась очень сообразительной и энергичной. Мать отлично справлялась с ребенком, за что получила от психотерапевта искреннюю похвалу. И так как материнство мотивировало женщину, удалось придумать несколько действенных заданий на экспозицию, которые клиентка выполняла с ребенком. Отмена же сессии привела бы к невозможности собрать важную информацию о ней.

Как поддерживать в клиентах надежду и позитивные ожидания

Многие клиенты сомневаются в том, что смогут измениться, поэтому неизбежно сталкиваются с глубоким чувством безнадежности относительно себя и своего будущего. Тем не менее в начале пути у многих присутствует слабая надежда на изменения — если бы ее не было, они просто не пришли бы в терапию. Если же клиент сразу заявляет, что считает себя безнадежным случаем, имеет смысл указать ему на несоответствие. Поддержание надежды (не ложной, а реалистичной) может оказаться критически важным фактором успешности совместной работы, особенно в начале психотерапии. Заронить зерно надежды могут сказанные вами фразы вроде «Я надеюсь на то, что вам удастся...», «Людям, попавшим в ситуацию, похожую на вашу, удавалось с помощью психотерапии добиться серьезных изменений» или «Ощущение безнадежности может на самом деле являться симптомом депрессии, а не свидетельством того, что вы не способны измениться». Затем может быть полезным обсуждение автоматических мыслей, возникающих у клиента по поводу психотерапии. Успешная когнитивная реструктуризация помогает менее негативно относиться к будущему. Когда надежда клиента окрепнет, станет возможным усилить в нем ожидание позитивных изменений. И мотивация, и надежда — явления не статичные, а значит, восприимчивые к интервенциям и движению. Полезно время от вре-

мени напоминать клиенту о ситуациях, в которых на прошлых сессиях он демонстрировал надежду, а также проговаривать, каких изменений ему уже удалось достичь.

Есть и другие когнитивно-поведенческие стратегии, ориентированные на укрепление надежды и позитивных ожиданий клиента. К ним относятся отслеживание даже небольших шагов в сторону желаемых изменений, обратная связь от психотерапевта, тщательное отслеживание прогресса, а также анализ других жизненных ситуаций, в которых клиент продемонстрировал способность к изменениям. Если клиент выражает разочарование в связи с отсутствием изменений, используйте его заметки о достигнутом прогрессе, чтобы вспомнить о реальных результатах, или пересмотрите список симптомов и проблем, с которыми человек пришел на первую сессию. Сравнение исходных данных и текущего состояния способно помочь клиентам увидеть происходящие изменения. Поэтому очень полезно проводить объективные измерения результатов и время от времени обсуждать полученные баллы. Естественно, все эти стратегии можно использовать лишь в том случае, если изменения в состоянии клиента действительно есть.

Продвижение совместного эмпиризма

Совместный эмпиризм (A. T. Beck et al., 1979) предполагает командную работу с клиентом по решению его проблем и облегчению страданий. Совместный эмпиризм — мощный аспект содействия изменениям (Cronin, Farchione, Dobson, & Kazantzis, 2015), представляющий собой активную вовлеченность обоих участников терапевтического процесса в поиск необходимых знаний. Комплаенс и сотрудничество можно считать противоположными сторонами спектра, так как первое предполагает следование указаниям терапевта, а не общее участие в работе. Подготовить почву для нее помогает разбор результатов психологической оценки, концептуализации случая и вовлечение клиента в планирование терапии. Чтобы умело использовать этот подход, важно активно интересоваться опытом клиента и его взглядами на мир. Такое выражение интереса обычно способствует формированию связи между людьми. А эмпиризм предполагает формулирование гипотез, вопросов и активное экспериментирование, — конечно, с целью помочь клиенту. Такая позиция заставляет вас обоих сохранять объективность и смотреть на происходящее с позиции, которую клиент занимает редко: мало кто в обычной жизни практикует отстранение от текущей ситуации

и анализирует свои мысли, чувства и реакции на события или других людей. Совместный эмпиризм скорее проактивен, чем реактивен, и помогает взглянуть на собственные проблемы со стороны, что полезно.

Совместный эмпиризм также предполагает прозрачность психотерапии и терапевтического процесса. Поэтому обычно мы объясняем смысл выполнения тех или иных интервенций, в том числе обговариваем ожидаемые результаты и возможные трудности. Цели используемых стратегий обсуждаются на каждом этапе лечения. Клиенты активно вовлекаются в планирование интервенций, и большая часть работы осуществляется между сессиями. Клиент выполняет роль исследователя: собирает данные с помощью поведенческих экспериментов, ведения дневника и выполнения заданий по межличностному взаимодействию. На следующей сессии полученные результаты анализируются и оцениваются, а также планируется стратегия дальнейших действий. В конце концов клиент должен научиться совершать все эти шаги самостоятельно; психотерапевт же обучает, поддерживает и направляет его в этом процессе на протяжении всего лечения.

Использование отношений как показателя изменений

Первые сессии когнитивно-поведенческой терапии часто довольно структурированы; терапевт может быть несколько дидактичен и использовать более «формальные» методы, по сравнению со следующими этапами лечения. По мере того как лечение продолжается, клиенту, как правило, становится более комфортно как с терапевтом, так и с лечением. Клиент привыкает к организации процесса и постепенно вовлекается в активное планирование повестки дня. Выражение им беспокойства, своего мнения или несогласия с психотерапевтом можно считать признаком комфортного самоощущения и доверия. Однако если психотерапевт ведет себя авторитарно или занимает оборонительную позицию, клиент вряд ли решится озвучить свое мнение; несогласие будет проявляться в действиях — отказе от продолжения терапии или пассивном поведении. Нам доводилось работать с психотерапевтами, которые подталкивали клиентов к ассертивному поведению за пределами сессий и в то же время ощущали дискомфорт, когда эти самые клиенты ассертивно вели себя, общаясь с ними. Обязательно словесно выражайте поддержку активности клиента в озвучивании мнений, несогласия и любом другом ассертивном поведении при общении. По мере приближения к завер-

шению терапии отношения с клиентом становятся все более равными, вплоть до возникновения у него желания просто поговорить с вами, а не обсуждать проблемные ситуации. Если вы заметите такой паттерн в вашем общении, имеет смысл вернуться к обсуждению озвученных в начале работы проблем и оценке того, насколько продолжение терапии целесообразно: возможно, клиент готов к самостоятельному «полету».

Теперь мы сосредоточимся на планировании лечения и постановке целей, а также на способах повышения мотивации. Хотя терапевтический альянс может быть сильным в начале терапии, он требует внимания и заботы на протяжении всего процесса лечения.

ПЛАНИРОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ, ПОСТАНОВКА ЦЕЛЕЙ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОНТРАКТ

Концептуализация случая позволяет понять систему влияния разных сложностей клиента друг на друга. Она также помогает в процессе планирования и определения целей психотерапии. Выбор интервенций зависит от проблем клиента, свойственных ему (и терапевту) предпочтений, возможностей осуществления интервенций (например, экспозиция в виртуальной реальности или некоторые ее формы *in vivo* могут оказаться недоступными), уровня подготовки терапевта, наличия доказательной базы у конкретных интервенций, а также иных переменных (в частности, насколько проблема неотложная). Определение целей — критически важная часть терапии; на первый взгляд она выглядит обманчиво простой, но на деле вызывает сложности у многих клиентов. После совместно сформулированной концептуализации необходимо перейти к планированию терапии и определению конкретных целей. Клиенты часто сообщают о большем чувстве контроля и уменьшении дистресса, как только они получают понимание своих проблем и видят, что есть эффективные решения.

Очень важно, чтобы клиент был активно вовлечен в процесс целеполагания и ответственно относился к поставленным перед ним задачам. Его согласие с целями терапии является важным компонентом рабочего альянса, который обычно оценивают с помощью Опросника качества терапевтического альянса (Working Alliance Inventory; Horvath & Greenberg, 1986; Long, 2001). В ходе исследований выявлена связь между качеством альянса и результатами совместной работы в разных терапевтических направлениях (Horvath et al., 2011). Так, Сафран и Уоллнер (Safran and Wallner, 1991) обнаружили, что ощущение кон-

сенсуса в отношении целей, сформированное в начале терапии (после третьей сессии), связано с клиническими улучшениями после 20 сессий КПТ депрессии.

Многие клиенты формулируют неоднозначные, нереалистичные или недостижимые цели. Формулирование достижимых и относительно простых целей на первых этапах терапии помогает формировать у них ощущение уверенности и самоэффективности, а также укреплять терапевтический альянс. Открытое согласие по поводу целей способно привести к достижению улучшений уже на ранних этапах лечения; тогда как отсутствие четкого терапевтического контракта может быть связано с негативными результатами. Пример терапевтического контракта вы найдете на рис. 4.1. Составление терапевтического контракта — само по себе интервенция (Long, 2001). Отто, Райли-Харрингтон, Коган и Уинетт (Otto, Reilly-Harrington, Kogan, & Winett, 2003) описали преимущества формальных и неформальных терапевтических контрактов в КПТ. *Формальным контрактом* называется открытое соглашение между всеми участвующими в процессе сторонами с четким обозначением границ ответственности каждого. Формализация осуществляется через подписание контракта. Среди преимуществ формального подхода Отто с коллегами называют увеличение приверженности лечению и повышение мотивации. Такой контракт помогает клиенту четко изложить собственные намерения и цели. Отто с коллегами предполагают: чем *меньше* в формулировании пунктов такого контракта участвует терапевт и чем *больше* в него вовлекается клиент, тем лучше результат.

Терапевты могут рекомендовать ориентироваться на концептуализацию, но не всегда сами придерживаются этой рекомендации. То же происходит и с формальными контрактами. Чаще используются *неформальные контракты*. Они возникают в процессе взаимодействия терапевта и клиента и могут меняться от сессии к сессии, принимая форму регулярного определения повестки дня. В таких случаях на терапевте лежит ответственность за следование общим целям лечения. К сожалению, многие терапевты отклоняются от намеченного пути, если не составляют формальный контракт. В ситуации, когда у клиента возникает проблемное поведение, может понадобиться составление контракта на экстренные случаи. Например, они могут описывать возможные последствия, связанные с пропуском встреч или самоповреждающим поведением. Целью таких контрактов является контроль поведения клиента, в чем и заключается их отличие от терапевтических контрактов.

Этот документ является соглашением на осуществление когнитивно-поведенческой терапии между _____, клиентом, и _____, терапевтом. Терапевтический процесс будет направлен на решение следующих проблем:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Я понимаю, что когнитивно-поведенческая терапия ориентирована на решение актуальных проблем. Никто не может дать гарантий, что все мои сложности разрешатся по итогам этого лечения; однако, подписывая данную форму, я подтверждаю свою готовность активно участвовать в работе по достижению этой цели. Я понимаю, что когнитивно-поведенческая терапия предполагает выстраивание отношений, в которых клиент и терапевт вместе работают над достижением поставленных целей. Также я понимаю, что в данном подходе обычно практикуется назначение заданий, которые следует выполнять между сессиями. Я осознаю эти факты и приступаю к этому лечению по собственному свободному выбору.

Мне сообщили, что терапевтический процесс, скорее всего, займет порядка _____ сессий. Мы будем регулярно оценивать прогресс на пути к цели. Я могу задавать любые вопросы, связанные с прогрессом, переформулировать цели терапии и в любой момент прекратить ее.

Информация, собранная в ходе психологической оценки и лечения, будет храниться с соблюдением принципа конфиденциальности в соответствии с законом. Я понимаю, что специалист может оказаться вынужден пойти на разглашение некоторой информации обо мне в ситуации, если возникнет подозрение о возможной опасности, которая грозит мне или другим людям, если он получит информацию о насилии над детьми, если будет проводиться расследование со стороны профессионального лицензирующего органа. В остальных случаях никакая информация обо мне или моем лечении не будет разглашена без моего прямого информированного согласия на это.

Я понимаю, что труд психотерапевта должен достойно оплачиваться. Я выражаю согласие оплачивать его услуги по тарифу \$ _____ за сессию. Я также обязуюсь предупреждать не менее чем за 24 часа о ситуациях, когда встречу необходимо сдвинуть или отменить; в противном случае пропущенную сессию обязуюсь оплатить. Я выражаю согласие на обсуждение с терапевтом любых существенных изменений в моем финансовом статусе, которые могут повлиять на мою способность продолжать лечение.

Подписывая данное соглашение, я по собственной воле даю информированное согласие на сотрудничество с данным терапевтом. Ответы на все мои вопросы я получил(а).

Подписано _____ (дата) в _____

Клиент

Психотерапевт

Рис. 4.1. Пример терапевтического контракта

Крайне важно находить цели, которые помогают клиенту двигаться на пути к «жизни, ради которой стоит жить» (Linehan, 1993). Иногда как терапевты, так и клиенты могут упускать из виду причины, по которым клиенты хотят внести изменения в свою жизнь, а также то, что снижение симптомов и развитие навыков помогают улучшить общее качество жизни и жить в большем соответствии своим ценностям. Учет причин и мотивов, побуждающих клиентов работать над изменениями, помогает им сохранять мотивацию и ставить важные для них цели. Проведение параллелей между ценностями клиентов, их абстрактными целями и конкретными поведенческими целями не только способствует достижению желаемых изменений, но и помогает не забывать о долгосрочной перспективе и тем самым сохранять мотивацию. Пример того, как связать ценности с целями, дан в табл. 4.1.

Таблица 4.1. Ценности и цели

Описание	Примеры
Ценности	
<ul style="list-style-type: none"> ● самоценны, важен сам процесс следования им; ● их невозможно полностью реализовать; ● не поддаются оценке и осуждению; ● человек сам их выбирает 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Быть хорошим другом. 2. Поддерживать физическое здоровье. 3. Быть смелым.
Абстрактные цели	
<ul style="list-style-type: none"> ● находятся на службе у ценностей; ● часто реализуемы в разных контекстах; ● не относятся к каким-либо отдельным и конкретным формам поведения 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Поддерживать друга (друзей) и быть с ним(и) на связи. 2. Регулярно тренироваться. 3. Делать то, что меня пугает или ужасает
Конкретные цели	
<ul style="list-style-type: none"> ● Специфические формы поведения, служащие достижению абстрактных целей 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Раз в неделю звонить подруге, у которой депрессия, узнавать, как ее дела. 2. Вставать в 7 утра по понедельникам и средам, заниматься на эллиптическом тренажере в зале по полчаса. 3. Раз в неделю заводить дружескую беседу с кассиром в магазине, задавая ей три вопроса

Примечания: Из неопубликованных раздаточных материалов, разработанных Кейлин Уайт, PhD. Публикуется с разрешения автора.

Этапы постановки целей и планирования лечения

1. Будьте готовы сотрудничать с клиентом, внимательно относитесь к целям лечения, которые он озвучивает. Старайтесь помогать ему формулировать цели так, чтобы под них было можно подобрать соответствующие интервенции. Даже если какие-то цели кажутся вам недостаточно значимыми для включения в Список проблем, постановка исходных целей в соответствии с пожеланиями клиента помогает выстроить терапевтический альянс. Однако если цель клиента окажется вообще не связана со Списком проблем, стоит обратить на это его внимание. Донесите до него мысль о том, что он может работать над решением некоторых задач самостоятельно за пределами терапии, а вы сможете освоить нужные для этого навыки. Например, если клиент планирует искать новую работу или развить навыки финансового планирования, надо признать важность этих целей и помочь ему найти квалифицированную помощь в их достижении. Если вы обладаете соответствующей информацией, поделитесь ею.

2. На начальных этапах лечения по возможности старайтесь ставить быстродостижимые промежуточные цели (и тем самым снижать дистресс). Процесс формулирования четких целей часто приводит к некоторому облегчению состояния клиента: у него появляется ощущение, что он начал что-то предпринимать для решения своих проблем, а не просто о них говорит. Так, одной из целей для клиента с депрессией на ранних этапах работы может стать увеличение количества полезных повседневных действий, например «раз в день выходить из дома». Такие цели позволят сразу перейти к терапевтическим практикам, в частности к структурированию дня и увеличению уровня заботы о себе. Подобные предварительные цели не только помогают улучшить состояние клиентов, но и укрепляют их мотивацию к изменениям, повышают ощущение самоэффективности и помогают построить терапевтический альянс. Они также помогают в принятии когнитивно-поведенческой модели, причем не только самому клиенту, но и другим вовлеченным в процесс людям (членам семьи или участвующим в лечении специалистам), которые могут изначально скептически относиться к КПТ.

3. В ходе постановки целей важно определиться со способами оценки результата терапии — тогда клиенту будет проще понять, что он добивается успеха. Чтобы помочь ему придерживаться темы, полезно сформулировать последовательность целей и периодически возвращаться к этому списку для оценки прогресса. *Шкалирование достижения*

целей — довольно простой процесс, в котором вы сначала формулируете цели, которые «прямо противоположны» перечисленным в Списке проблем трудностям. Так, если клиент жалуется на социальную изоляцию, подходящей целью может стать ведение более активной социальной жизни. Вам нужно очертить четкие границы или прописать конкретные критерии, которые покажут, что цель достигнута. На самом деле шкалирование достижения цели полезнее всего в ситуациях, когда вы устанавливаете некоторые достижимые поведенческие цели и успешное выполнение задачи оказывается очевидным (например, «выходить из дома раз в день», «общаться хотя бы с одним незнакомым ежедневно», «раз в неделю звонить родным»). Время от времени можно пересматривать список целей и проверять, удастся ли вам с клиентом качественно поработать над ними. В этом смысле шкалирование достижения целей помогает реализовать принцип сотрудничества и сохранять в терапии фокус на решение проблем и одновременно — на развитие позитивных сфер функционирования.

4. С некоторыми клиентами удивительно сложно формулировать цели, которые бы легко трансформировались в когнитивно-поведенческие интервенции. Многие изначально формулируют размытые, неоднозначные, изменчивые или не относящиеся к их проблеме цели. Например: «Я хочу быть более счастливым человеком», «...меньше тревожиться» или «Мне нужно найти другую работу/партнера», «...жить другой жизнью». Другая распространенная проблема — цели недостижимые или неподконтрольные клиенту («Я хочу, чтобы партнер сильнее меня любил»). Бывают и цели, которые в теории звучат разумно, но на практике не поддаются надежной или валидной оценке. Сбитые с толку клиенты часто говорят о желании изменить других людей — партнеров, родителей и даже начальников! Кроме того, для когнитивно-поведенческих психотерапевтов привычна работа с ориентацией на будущее и конкретные цели, но не все клиенты сразу понимают такой подход. Для кого-то постановка понятных и конкретных целей может оказаться необычной практикой. Разнообразные подходы к процессу постановки целей требуют от психотерапевта определенной гибкости и изобретательности, но в то же время они помогают осваивать принципы сотрудничества и учат ориентироваться на изменения. При работе с клиентами, у которых процесс целеполагания вызывает трудности, полезно ставить очень краткосрочные, легкодостижимые цели. Помните: целеполагание — тоже навык, поэтому сложности с формулировкой задач могут сами по себе стать проблемой, которую придется обозначить и решать.

5. Можно разделить цели на две большие группы: в первой — цели, ориентированные на снижение чего-то негативного (например, количества употребляемого алкоголя, напряжения или тревоги), во второй — направленные на увеличение чего-то позитивного (например, социальной поддержки, уровня развития навыков, самооффективности). По крайней мере часть вашего лечения должна быть ориентирована на достижение целей из второй группы с побочными эффектами в виде уменьшения негативных проявлений. Так, в работе с клиентом, которому трудно контролировать гнев, используйте не только интервенции для снижения гневливости, но и упражнения на увеличение количества и качества позитивных межличностных взаимодействий.

6. Цели тоже можно поделить — на аффективные, поведенческие, когнитивные, межличностные и связанные со средой. У клиента могут быть и другие цели (например, духовные или экзистенциальные), которые выходят за пределы практики большинства когнитивно-поведенческих специалистов, но в случае необходимости можно учесть и их. Аффективная цель бывает связана с освоением навыков эмоциональной саморегуляции, например умения не реагировать на происходящее импульсивно или бесконтрольно расстраиваться. Межличностная цель может включать в себя развитие осознанности относительно реакций других людей или определенных типов рабочих либо социальных условий. К целям, связанным со средой, относится, например, запрос на смену работы с целью быть ближе с другими людьми. Представьте себе клиента, которому кажется, что на работе он остается в стороне, потому что его рабочее место находится «в самом неприметном углу». Довольно простые действия по «переезду» за другой стол могут существенно способствовать изменению его чувств в отношении своего места в коллективе, особенно если снижение контактов с коллегами произошло не по их сознательной инициативе. Не стоит пренебрегать прямыми модификациями среды — они способны влиять на общую ситуацию.

7. Иногда, чтобы направить клиента и помочь ему запомнить характеристики конструктивных целей, полезно использовать аббревиатуры вроде SMART. SMART-цели конкретны (specific), измеримы (measurable), достижимы (achievable), значимы (relevant) и ограничены по времени (time limited; то есть результаты можно оценить в ближайшем будущем — это позволяет снизить прокрастинацию). Любые цели следует оценивать по SMART-критериям; впрочем, больше всего эта модель подходит именно для поведенческих целей.

8. Цели также можно разделить на ближайшие, краткосрочные, среднесрочные и долгосрочные. *Ближайшими* называются цели, достичь

которых можно прямо на терапевтической сессии. Например, если у клиента не получается отработать новый навык между встречами или он сомневается в своей способности к его применению, можно поставить цель по отработке, отслеживанию и оценке результатов использования данного навыка непосредственно на сессии. Так можно работать над развитием многих навыков. К *ближайшим* целям можно отнести освоение разных типов коммуникаций, развитие аффективной или когнитивной осознанности, межличностную обратную связь и т. п. Ближайшие и краткосрочные цели часто служат достижению долгосрочных результатов. Например, развитие коммуникативных навыков может быть среднесрочной целью, которая поспособствует улучшению отношений с другими людьми в долгосрочной перспективе.

9. Цели не должны вступать в противоречие с ценностями клиента. Примеры ценностей, связанных с абстрактными целями, и их трансформации в конкретные и узконаправленные цели собраны в табл. 4.1. Клиентам порой сложно и тем не менее очень полезно связывать свои глубинные ценности с конкретными целями; велика вероятность, что такая практика укрепит мотивацию и поможет понять, какую роль в достижении конкретной цели она сыграет, увеличив общее благополучие и качество жизни клиента, а не просто послужив задаче устранения того или иного симптома. Например, клиент, который обратился в психотерапию с целью снизить проблемное поведение (участие в азартных играх), может провести параллель со своими глубинными семейными ценностями (возможностью поддержать свою супругу), а также трансформировать эти наблюдения в конкретную цель: каждый вечер посвящать полчаса разговорам о том, как у кого прошел день. Эта цель прямо не связана с азартными играми, и тем не менее увеличение частоты позитивного поведения (общения с супругой), скорее всего, будет способствовать снижению негативного поведения (участия в азартных играх).

А если клиенты принимают не эту модель?

Некоторых клиентов не устраивает практика конкретного целеполагания; кому-то когнитивно-поведенческая модель достижения изменений может показаться неубедительной. В таких случаях важно сформулировать предположения о том, с чем связано «упорство» клиента. Причинами могут быть:

- *Недостаточное понимание модели или ее надежности.* Эта проблема решается дополнительным разъяснением особенностей модели КПТ и ее связи с конкретными жалобами клиента. Когда вы рассматриваете терапевтическую модель в контексте проблем клиента, ему проще понять возможности ее практического использования в собственной жизни. Некоторые люди находят когнитивно-поведенческую модель «слишком прямолинейной» или «простой». Кому-то может казаться, что, несмотря на эффективность подхода для других, в их случае это не сработает. Лучшим решением здесь является представление человеку конкретных доказательств того, что КПТ способна принести желаемые результаты: в частности, вы можете помочь клиенту увидеть успехи на ранних этапах лечения, персонализировать модель под его потребности и внимательно следить за обратной связью.
- *Несогласие по поводу концептуализации.* Если клиент не согласен с вашей концептуализацией, вам не удалось успешно реализовать принцип сотрудничества. В таком случае остановитесь и постарайтесь понять точку зрения клиента, чтобы восстановить терапевтический альянс. Могли ли вы упустить или неверно интерпретировать какую-либо информацию? Нужно ли вам провести дополнительную психологическую оценку? Может, вам с клиентом следует открыто проговорить, и тогда, несмотря на определенное несогласие во взглядах, вы начнете терапию и постараетесь помочь ему в решении беспокоящих проблем? Обычно, когда терапевт и клиент не могут прийти к согласию, сначала нужно разобраться в ситуации, а только потом сфокусироваться непосредственно на лечении. В крайних случаях, если несогласие по поводу методов решения и причин возникновения конкретных проблем принимает острые формы, наиболее разумно перенаправить человека к другому специалисту, методы работы которого соответствуют его представлениям. Например, если клиент убежден, что тревожные расстройства возникают в результате бессознательного конфликта (потому что ранее прошел психодинамическую терапию), предпочтительнее направить его к коллеге, который составит «правильную» концептуализацию и предложит оптимальное, по мнению клиента, лечение.
- *Недостаточно подходящая модель.* Иногда стандартные модели, разработанные под определенный набор проблем, не подходят клиенту. В таких случаях нужно честно это проговорить и попросить его на какое-то время воздержаться от оценочных суждений и отнестись к терапии с позиции «попробуем и посмотрим, что получится».

Иногда нужно проявить смирение и осознать, что ни вы, ни когнитивно-поведенческая терапия не способны помочь всем клиентам: как бы мы ни старались, не все достигают желаемых изменений. Если клиенту не удастся добиться успеха на ранних этапах терапии, ему трудно ставить цели, у него не получаются домашние задания, а эмоциональное состояние не улучшается — подумайте о том, чтобы перенаправить его к другому терапевту, использующему другой подход.

- *Постоянные вопросы, начинающиеся с «почему».* Как бы ни старался психотерапевт, некоторые клиенты продолжают задавать вопросы в духе «Почему это происходит именно со мной?» или пытаются обсуждать свое детство. Побуждать к таким обсуждениям может естественный интерес, желание разобраться в себе, предыдущий опыт психотерапии, где такие обсуждения поощрялись, а также избегание решения проблем напрямую и совершения конкретных действий. Многие клиенты приходят в терапию, настроенные на обсуждение детского опыта, и продолжают проявлять интерес к этой теме даже после того, как терапевт пытается убедить их не тратить слишком много времени на подобные рассуждения. Иногда с клиентом удается договориться, например, посвящать определенную часть сессии его личной истории, а остальное время — актуальным событиям. Оказавшись в подобной ситуации, старайтесь сделать так, чтобы обсуждение текущих вопросов проходило в начале работы и пространные рассуждения о захватывающей личной истории клиента не «захватили» всю сессию! Опять же, если вы добились определенных терапевтических успехов на ранних этапах взаимодействия, скажите клиенту прямо, что понимание прошлого опыта с меньшей вероятностью приведет к желаемым изменениям в настоящем, чем постановка конкретных целей и следование данному курсу. Особенно важно разобраться, является ли обсуждение прошлого формой избегания. Иногда обсуждать прошлое проще, чем встречаться с актуальными проблемами лицом к лицу. Если дело в этом, необходимо внимательно выслушать клиента, а затем переориентировать его на обсуждение актуальных проблем и стратегий, которые можно применить для достижения изменений в ближайшем будущем.

Дженна провела дотошную и полноценную психологическую оценку Дейва — нового клиента, которого направили на когнитивно-поведенческую терапию. У Дейва были очевидные глубинные убеждения, связанные с потребностью достигать успеха и закрывать глаза на собственные

потребности ради подъема по карьерной лестнице. Эти убеждения провоцировали межличностные проблемы, стрессовые ситуации, а также тревожность и злость. Когда Дженна озвучила свою концептуализацию, Дейв уверенно заявил, что его убеждения отражали бессознательные конфликты, в которых нужно разобраться, тщательно покопавшись в прошлом. Оказалось, данную теорию предложил его прежний психотерапевт; Дейву она казалась логичной, хотя в то же время он переживал, что у него не хватает времени на прохождение интенсивной психодинамической терапии.

Дженна кратко объяснила ему концепцию когнитивных схем и рассказала, как с ними работают в когнитивно-поведенческом подходе. Она также отметила, что обычно лечение начинается с работы над текущими проблемами, а не с прошлым опытом или бессознательными явлениями. Она подтвердила, что существуют иные модели, и предложила при желании перенаправить Дейва к другому терапевту. Дженна старалась не оспаривать убеждения клиента относительно его психологических особенностей и не затевать споры о бессознательных конфликтах. Дейв расспросил ее о когнитивно-поведенческой модели; Дженна отвечала на вопросы исходя из прагматических соображений и не занимая оборонительную позицию. В итоге Дейв согласился попробовать КПТ. Дженна поддержала его скептическое отношение и попросила сообщать о любых серьезных сомнениях, которые возникнут применительно к их совместной работе. Они также договорились вернуться к обсуждению надежности КПТ через пять сессий, чтобы убедиться, что они на правильном пути.

Что насчет мотивации к изменениям?

Наша практика показывает: клиенты, приходящие в когнитивно-поведенческую терапию, обычно мотивированы на решение своих проблем. Психические трудности (тревога, депрессия, сложности в отношениях или зависимости), с которыми чаще всего обращаются за амбулаторной помощью, тягостны и неприятны, негативно влияют на жизнь. Сложно представить себе человека, которому хотелось бы иметь психическое расстройство. Люди не обращаются за помощью, если ничего не хотят менять. Тем не менее мотивация к изменениям — явление не простое и не статичное; она может меняться со временем или в результате внешних воздействий.

Безусловно, большинство людей пытается как-то решить свои проблемы, и многим для этого не требуется помощь специалиста в области психического здоровья: они сами обладают необходимыми для

преодоления трудностей навыками и социальной поддержкой. Люди — на удивление способные и устойчивые существа. Тем не менее бывают ситуации, справиться с которыми в одиночку очень сложно; или у человека нет нужных навыков, психических способностей, эмоциональной устойчивости, когнитивной гибкости, социальной поддержки или мотивации для достижения желаемых изменений. Вероятно, такой человек безуспешно пытался справиться сам, и теперь его мотивация слабее, потому что он чувствует себя беззащитным и уязвимым. В начале терапии большинство клиентов вполне мотивированы. Однако все становится менее однозначным, когда они понимают, какой объем работы предстоит выполнить. Многим трудно поддерживать мотивацию в долгосрочной перспективе.

Методы мотивационного интервью используются широко, их описывали в контексте психотерапии зависимостей (Miller & Rollnick, 2013), тревоги (Westra, 2012) и многих других психологических проблем (Arkowitz, Miller, & Rollnick, 2015). Хотя стратегии укрепления мотивации пришли из клиент-центрированной модели и не являются отдельной теорией или моделью психотерапии, они естественным образом вписываются в когнитивно-поведенческую модель и потому часто используются КППТ-терапевтами.

Мотивация рассматривается скорее не как базовый инстинкт или черта, а как состояние, на которое может повлиять клинический специалист. Миллер и Роллник (Miller & Rollnick, 2013) дают следующее определение мотивационного интервью: это «ориентированный на сотрудничество стиль беседы, призванный усилить мотивацию человека и его желание действовать с целью достижения изменений». Вестра (Westra, 2012) добавляет, что мотивационное интервью «помогает клиентам в атмосфере принятия и понимания проживать смешанные чувства относительно изменений». Мотивация к изменениям является «не встроенной, а скорее пробуждаемой» (Miller & Rollnick, 2013). Такой подход отлично вписывается в когнитивно-поведенческую парадигму: он основан на сотрудничестве и направлении, а не управлении; упор сделан на терапевтический альянс, клиенты воспринимаются как эксперты в понимании самих себя; использование сократовского диалога позволяет им приходиться к собственным выводам. Поскольку метод возник в контексте гуманистической, клиент-центрированной модели (Rogers, 1959), он выражает глубоко позитивное отношение к людям, у каждого из которых есть собственные ресурсы; делает упор на принятии себя и ценностях; базируется на сильных сторонах клиента. основополагающие навыки, которым Миллер и Роллник (Miller & Rollnick, 2013)

присвоили аббревиатуру OARS, включают в себя открытые вопросы (open questions), одобрение клиента (affirming the client), рефлексивное слушание (reflective listening) и обобщение (summarizing). Эти навыки играют ключевую роль в формировании терапевтического альянса. Кроме того, мотивационное интервью предусматривает, что терапевт с разрешения клиента снабжает его дополнительной информацией и дает советы, что, в свою очередь, предполагает развитие соответствующих навыков (Miller & Rollnick, 2013). Директивная терапия работает, если сотрудничество и мотивация высоки, и не работает в случае сильной амбивалентности или сопротивления изменениям.

Миллер и Роллник (Miller & Rollnick, 2013) описывают также амбивалентность одновременного желания и нежелания чего-либо. Каждый психотерапевт слышал от клиентов возражения, начинающиеся словами «Да, но...», которые содержат аргументы в пользу поддержания статус-кво. Если вы начнете приводить доводы в пользу изменений, возражения клиента усилятся. Практика использования сократовского диалога показывает: человека лучше убеждают собственные слова, нежели аргументы кого бы то ни было еще. Амбивалентность в отношении изменений, одновременное желание и нежелание меняться — нормальное явление. По словам Миллера и Роллника, большинству людей свойственен конфликт типа «приближение — избегание» в отношении изменений, что легко понять. Изначально изменения кажутся отличной идеей; однако когда становится понятно, какой объем работы требуется для их достижения и к каким последствиям это может привести, желание довести лечение до завершения развеивается. Например, клиент, обратившийся в терапию с целью снизить тревогу и избегание, может демонстрировать амбивалентное отношение к экспозиционной терапии. Другой клиент, находящийся в деструктивных отношениях, может бояться связанных с расставанием потерь и непонятного будущего без партнера. Даже работа над вторым изданием этой книги казалась намного более приятной затеей в начале, по сравнению с тем, что мы ощущали в середине пути! Обычно на «приливы» и «отливы» мотивации влияет множество факторов. В любом случае, мотивационное интервью позволяет ее поддерживать и усиливать.

Термин «сопротивление изменениям» в клинической практике имеет в том числе негативные коннотации — когда речь идет об амбивалентности клиента и сложностях, которые возникнут у психотерапевта, если его (или ее) попытки помочь не увенчаются успехом. К сожалению, чем активнее вкладывается в работу терапевт, чем больше он подталкивает клиента или пытается доказать, что его поведение вредит, тем более

сильное сопротивление он встречает. Как отметил Ходжинс (Hodgins, 2015), «неоднозначность под давлением превращается в сопротивление». Следовательно, при работе с ним нужно в первую очередь делать шаг назад и использовать навыки мотивационного интервьюирования.

Миллер и Роллник (Miller & Rollnick, 2013) утверждают: «Чтобы вести целостную жизнь, надо выстраивать свое поведение так, чтобы оно соответствовало глубинным ценностям человека и способствовало их реализации». Они также считают, что несоответствие между текущим поведением человека и его ценностями может стать важным мотиватором на пути к изменениям. Мотивационное интервью способно помочь выявить такие несоответствия, после чего терапевт использует их в качестве основы для укрепления мотивации клиента.

Миллер и Роллник (Miller & Rollnick, 2013) выделяют в составе мотивационного интервью четыре общих процесса, которые обычно реализуются последовательно:

1. Вовлечение клиента в выстроенные на принципе сотрудничества рабочие отношения с качественным альянсом через использование описанных выше навыков интервьюирования. Исследование глубинных ценностей и целей, а также несоответствия между текущим поведением и ценностями. Нормализация неоднозначного отношения к изменениям.

2. Сосредоточиться на том, чтобы направить клиента на поиск ориентиров необходимых изменений и следования им. Под «направлением» в данном случае понимаются действия терапевта, лежащие между прямым указанием, которое может практиковаться в некоторых высокоструктурированных подходах к когнитивно-поведенческой терапии, и следованием, которое используется в клиент-центрированных подходах. Необходимо помогать клиентам замечать несоответствия между их текущим состоянием и целями, ценностями. Ситуация, в которой клиент совершает действия, в корне не соответствующие его ценностям, скорее всего, приведет к возникновению чувства дискомфорта, особенно после осознания несоответствия.

3. Начать обсуждение изменений. Мотивационное интервью подразумевает обсуждение аспектов изменения и сохранения ситуации, которые являются естественной составляющей амбивалентности. Любые слова клиента, демонстрирующие открытость к возможным изменениям (например, «Я мог(ла) бы...», «Возможно, у меня получилось бы...»), нужно подкреплять и отталкиваться от них в дальнейшем обсуждении (например, «Какие шаги вы могли бы предпринять, чтобы начать движение в этом направлении?», «Что могло бы вам в этом помочь?», «Как бы вы чувствовали себя, если бы сделали этот шаг?»). Обсуждение изме-

нений происходит в контексте полного принятия клиента таким, какой он есть. Подчеркивая несоответствие между ценностями человека и его текущим состоянием, поведением, мы усиливаем его мотивацию; однако при этом нужно чутко соблюдать баланс. В противном случае слишком острое ощущение несоответствия может действовать подавляюще (например, «Я хочу быть здоровым и убрать лишний вес, но сбросить 45 кг едва ли возможно»). Никогда не спорьте с клиентом: такое поведение специалиста скорее заставит человека защищать свою позицию и укрепит его в нежелании меняться, склонит в сторону сохранения текущего положения. Такие действия подрывают сотрудничество. В качестве альтернативы Миллер и Роллник (Miller & Rollnick, 2013) предлагают «идти вслед за сопротивлением», отмечая, что мотивационное интервью «похоже скорее на танец, чем на борьбу».

4. Планировать изменения, в том числе укреплять приверженность лечению, поддерживать изменения и настойчивость клиента. Выражая уверенность в его способности к изменениям, терапевт помогает ему укреплять внутреннюю уверенность в своих силах. Необходимо добиваться положительных результатов в начале совместной работы, а затем использовать их как фундамент. Подкрепляйте попытки клиента меняться, помогайте ему укрепляться в желании добиться стабильных изменений. Поддерживайте чувство самоэффективности клиента, обращаясь к его ресурсам и призывая активно использовать когнитивные изменения.

Мотивационное интервью обычно включает в себя *обсуждение изменений*, направленное на поддержание и усиление чувства самоэффективности у клиента. В ходе него терапевту нужно рассмотреть недостатки сохранения статус-кво, преимущества изменения ситуации, подкрепить намерение клиента меняться, а также выразить оптимизм по отношению к его способности добиться изменений. Мы бы также добавили в этот список необходимость подкрепления небольших изменений, достигнутых на ранних этапах психотерапии, а также намерение клиента изменить свою жизнь, выраженное обращением за терапией. Полезно также обсудить, каких изменений ему удавалось добиться в прошлом. Анализируя прежний опыт, можно исследовать наиболее успешные стратегии поведения и подчеркивать наличие доказательств тому, что клиент в принципе способен меняться. Примеры вопросов, которые можно использовать в таком обсуждении, собраны в табл. 4.2.

Уже на этом этапе лечения вы, скорее всего, определите многие факторы, которые помогут достичь успеха, в том числе разработаете гибкую концептуализацию, сформулируете конкретные и четкие цели,

начнете работу с мотивацией клиента и выстраиванием позитивного терапевтического альянса. В следующей главе мы обсудим некоторые базовые навыки когнитивно-поведенческой терапии.

Таблица 4.2. Вопросы для оценки и укрепления мотивации

1. Что вы чувствовали, когда договаривались об этой встрече?
2. Предлагал ли вам кто-либо обратиться за помощью? Если да, кто это был и что вы тогда почувствовали?
3. Какие шаги вы уже предприняли самостоятельно, чтобы справиться с _____?
4. Что из этого больше всего помогло? Что бы произошло, если бы вы снова попробовали это сделать?
5. Чем я могу помочь вам в совершении этих шагов? Что еще может вам помочь?
6. Какие сильные стороны (личные качества и особенности, ресурсы) помогут вам справиться с этой проблемой?
7. Расскажите о сложной проблеме, которую вам удалось преодолеть в прошлом. Как у вас это получилось?
8. Какие недостатки есть у этой проблемы? И какие преимущества в ее преодолении?
9. Что вы потеряете и обретете, если измените ситуацию?
10. Вредит ли ваше текущее поведение кому-либо? Каким образом? Насколько это для вас важно?
11. Как текущее поведение вредит вам? Насколько это для вас важно?
12. Как бы вы описали свое будущее через год, 5, 10 лет — в случае, если эта проблема не решится?
13. А если эта проблема разрешится, какой будет ваша жизнь через год, 5, 10 лет?
14. Что для вас самое важное в жизни? Какие люди для вас наиболее важны?
15. Когда вы особенно сильно гордились собой? Расскажите, как вам удалось сделать что-то сложное, после чего вы испытали гордость.
16. Вам хотелось бы, чтобы какой-то человек гордился вами? Что вы могли бы сделать для этого?

СЛУЧАЙ СТИВЕНА Р., продолжение

После психологической оценки Стивен пришел на первую терапевтическую сессию, на которой рассказал, что хорошо изучил информацию по своим диагнозам (депрессии и генерализованному тревожному расстройству, а также возможной социальной фобии). Кроме того, он собрал данные о потенциальных негативных последствиях употребления алкоголя при депрессии и понял, что выпивка, скорее всего, ухудшает его настроение. Он сказал, что получил голосовое сообщение от сотрудника отдела кадров, в котором представитель компании уточнял, не собирается ли Стивен вернуться на работу. После прослушивания сообщения у Стивена

усилилась тревога и обострилось избегающее поведение (ему не хотелось выходить из дома в течение дня). В отдел кадров он так и не перезвонил.

Терапевт похвалил Стивена за активный поиск информации и предоставил ему дополнительные данные о диагнозах. Он задал Стивену вопросы о прочитанной информации и его отношении к проблемам, сделав упор на том, как Стивен понимает причины своих состояний и каким ему видится эффективное лечение. Затем они обсудили концептуализацию и дополнили ее соображениями самого Стивена, сформулировали исходные цели лечения, обсудили возможные способы их достижения. Особое внимание в обсуждении уделялось структуре дня и совершению продуктивных действий; специалист обратил внимание Стивена на то, что соблюдение этих рекомендаций, снижение количества потребляемого алкоголя и отказ от использования компьютера в вечернее время, скорее всего, положительно скажутся на качестве сна. В целом Стивен демонстрировал заинтересованность, при этом заметно разволновался, сказав, что «просто» хочет «вернуться в свое нормальное состояние и на работу». Психотерапевт выдал распечатки схематической концептуализации и сформулированные в ходе обсуждения цели лечения, которые Стивен сложил в специально заведенную для этого папку.

На этой и следующей сессии Стивен получал вводную информацию в отношении когнитивно-поведенческой модели (тем самым реализовывалась одна из целей, поставленных на первый этап терапии). Когнитивно-поведенческая терапия описывалась как активный метод, направленный на решение текущих проблем и помощь в возвращении на работу. На сессиях также обсуждалась природа избегания; психотерапевт обратил внимание Стивена на то, какой вклад избегание вносит в закрепление тревоги (в качестве примера использовался звонок сотрудника отдела кадров). Обсудили также принцип сотрудничества, лежащий в основе КПТ; специалист старался максимально вовлекать Стивена в процесс обсуждения и регулярно спрашивал его мнение. В повестку дня первой терапевтической сессии вошло обсуждение обратной связи по психологической оценке, обсуждение и доработка концептуализации, постановка целей психотерапии. Обсудили и важную роль домашних заданий; Стивен задал несколько вопросов о возможных формах активности. Его особенно заинтересовали домашние задания на чтение и запись мыслей; меньше интереса вызвали те из них, которые связаны с общением и выходом из дома.

На следующей неделе Стивен сказал, что прочитал все полученные материалы и был со всем согласен. На звонок из отдела кадров он так и не ответил, из-за чего тревога усилилась. Он объяснил свое раздражение тем, что работодатель на него «давит». В повестку дня этой сессии вошла оценка ценностей клиента и их соотношения с поставленными целями (см. табл. 4.1), потому что Стивену было

трудно провести параллель между ценностями (трудолюбием и обеспечением семьи) и повседневными делами, а также конкретными терапевтическими задачами. Например, в теории Стивен понимал, почему распорядок дня может быть полезен, но лишь после обсуждения ценностей, связанных с профессиональной самореализацией, он увидел, как нормализация сна и снижение употребления алкоголя помогут ему вернуться к ценностно-ориентированной жизни. Физическую активность и свободное времяпрепровождение он не относил к продуктивным формам поведения. В ходе сессии Стивен и психотерапевт сформулировали список домашних заданий, куда в том числе попала задача позвонить на работу и начать вставать в девять утра. Стивен предположил, что, если бы он сразу переоделся и закрывал дверь спальни, ему меньше хотелось бы вернуться в постель. Он также решил фиксировать свои дела в течение дня в Дневнике активности.

Глава 5

НАЧАЛО ЛЕЧЕНИЯ. СТРУКТУРИРОВАНИЕ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Что теперь? Что делать, когда начнется психотерапия? КПТ — структурированный процесс, в котором выделяются общие элементы: структурированные сессии, задания для выполнения в перерывах между сессиями, психообразование. В этой главе мы рассмотрим основные навыки, прежде всего актуальные в начале лечения, в том числе структурирование как индивидуальных сессий, так и лечения в целом по результатам определения целей и формирования позитивного терапевтического альянса с клиентом. Эти навыки крайне важны для достижения успеха в работе с любыми клиентами.

Итак, рассмотрим терапевтические компоненты, фигурирующие в большинстве когнитивно-поведенческих интервенций. К ним относятся: ориентирование клиента в КПТ и структуре интервенций, постановка целей, психообразование, а также использование активности клиента на сессии и за ее пределами. Каждый процесс обязательно проявится на начальном этапе психотерапии и будет периодически возникать в дальнейшем. Еще одной основополагающей интервенцией, которая присутствует во всех когнитивно-поведенческих терапиях, является домашнее задание; обычно оно впервые дается в начале терапии и назначается по ходу лечения. Названные процессы и сами по себе, скорее всего, приведут клиента к изменениям и помогут настроиться на более формальные поведенческие и когнитивные интервенции, которые мы рассмотрим в главах 6–10.

Структурированность — основа когнитивно-поведенческой терапии — отличает ее от иных подходов. В нескольких исследованиях было

обнаружено, что структурные компоненты КПТ депрессии влияют на изменение клинических результатов даже сильнее, чем межличностные компоненты (Shaw et al., 1999; Vallis, Shaw & Dobson, 1986). Но прежде чем обсудить структуру индивидуальных сессий, мы кратко изучим типичную последовательность этапов когнитивно-поведенческой терапии, которая, однако, требует корректировки с учетом индивидуальных потребностей клиента.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ЭТАПОВ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ

В руководствах по КПТ можно найти разные подходы к определению порядка применения когнитивных и поведенческих интервенций. Некоторые начинают с поведенческих интервенций (например, А. Т. Beck et al., 1979), другие предлагают для начала просвещать клиентов по поводу когнитивных искажений и проводить когнитивную реструктуризацию (например, Antony & Swinson, 2000). Мы обычно рекомендуем начинать с поведенческих стратегий, а затем не откладывая в долгий ящик «вплетать» в терапию когнитивные интервенции. Когнитивные изменения запускаются уже в процессе прояснения целесообразности интервенции. Так мы добиваемся объективных функциональных изменений в процессе изучения паттернов мышления клиента, а также находим оптимальные способы коррекции негативного мышления.

Обычно когнитивно-поведенческая терапия состоит из следующих этапов (последовательность при необходимости может меняться — в пределах несколько шагов):

1. Оценка.
2. Концептуализация клинического случая.
3. Обратная связь от клиента и корректировка концептуализации по мере надобности.
4. Формулирование целей.
5. Психообразование.
6. Отслеживание клиентом поведения и эмоций.
7. Поведенческие интервенции.
8. Отслеживание клиентом своих когниций.
9. Переоценка и обсуждение схем.

10. Отслеживание схем (если необходимо).
11. Терапия, направленная на изменение схем (если необходимо).
12. Профилактика рецидивов, поддерживающая и завершающая терапия.

В главах 2 и 3 мы уже говорили, что оценка и концептуализация — длительные процессы. Хотя описанная выше последовательность этапов часто реализуется в КПТ, нужно проявлять гибкость, адаптируя ее под индивидуальные особенности клиента с учетом концептуализации клинического случая и реального прогресса. Например, некоторым клиентам психообразование может не требоваться, но придется сосредоточиться на работе с когнициями. Другие могут отлично воспринять поведенческие интервенции и быстро прийти к выводу, что помощь им больше не нужна. Третьим, наоборот, окажется нужен весь когнитивно-поведенческий «арсенал» плюс дополнительные компоненты вроде посещения супружеской терапии или приема медикаментов. В ряде случаев придется периодически возвращаться к пройденному, так как за исходными улучшениями в состоянии клиента могут происходить откаты, требующие применения базовых интервенций. Хотя в некоторых ситуациях поведенческие стратегии — необходимая и достаточная мера для достижения желаемых изменений, во всех остальных нужны и когнитивные интервенции. Безусловно, поведенческие интервенции влияют на когниции, а когнитивные интервенции — на поведение. Крайне сложно разделить эффект разных компонентов психотерапии. Ваша исходная концептуализация может предполагать необходимость изменения схем клиента; тем не менее глубинные убеждения могут начать меняться уже на ранних этапах терапии, уменьшая ее продолжительность либо убирая необходимость в интервенциях, направленных на изменение схем.

Продолжительность интервенций в исследованиях эффективности лечения бывает разной, но обычно остается в пределах 12–16 сессий. Средняя продолжительность терапии в клинической практике варьируется гораздо сильнее: кому-то может понадобиться всего одна сессия, а кому-то — намного больше. Следовательно, важно сочетать поведенческие и когнитивные интервенции, которые подкрепляют друг друга. Так, поведенческие эксперименты, изначально ориентированные на изменение когниций, могут проводиться и на ранних этапах психотерапии, и в ее середине, и ближе к концу. Хотя такие эксперименты помогают клиентам отрабатывать поведенческие изменения, их первостепенной задачей является изменение мыслей и убеждений. Следовательно, прозорливому когнитивно-поведенческому психотерапевту надо постоянно

оценивать реакции на поведенческие эксперименты, демонстрируемые клиентом на сессиях, а также подмечать несоответствия между убеждениями, которые он озвучивает и исходя из которых на самом деле действует. Одна из нас (Д. Д.) работает с клиентами с социальной тревожностью и боязнью публичных выступлений. В начале терапии она предлагает им запланировать эксперимент, в котором те будут на протяжении 2–5 минут рассказывать о чем-то интересном. Обычно такая экспозиция вызывает тревогу, но большинство в конце концов справляются с задачей. Эксперимент позволяет оспорить предсказания относительно того, что они не смогут выступать публично — ведь им это удалось! Несоответствие реальности и типичных для человека мыслей нужно подчеркнуть, а затем предложить альтернативное предсказание, которое легко проверить с помощью новых упражнений. По мере необходимости можно использовать другие интервенции. Например, психообразование проводить на любом этапе терапии, когда клиенту требуется какая-либо информация о волнующих его психологических явлениях. Он может и не знать, в какое время большинство людей ложатся спать; такую информацию стоит предоставить. Или у клиента могут появиться вопросы о своем диагнозе: например, есть ли шанс полностью оправиться от депрессивного эпизода и является ли зависимость «болезнью». Клиенты приносят на сессии очень разные вопросы, на которые нужно давать актуальные и уместные ответы.

ОРИЕНТАЦИЯ И СТРУКТУРА СЕССИЙ

Хотя ориентация клиента в теоретической модели психотерапии формально не является интервенцией, данный этап имеет огромное значение для успеха терапии. Если он пройдет как нужно, клиенты внутренне «согласятся» с используемой терапевтической моделью, что укрепит сотрудничество с терапевтом, усилит мотивацию и готовность идти на риски, необходимые для достижения терапевтических успехов. Ориентация начинается во время первого собеседования или даже до того, как терапевт встречается с клиентом. Некоторые клиенты обращаются за психотерапией, уже будучи знакомы с когнитивно-поведенческой моделью; значит, в какой-то степени они ее принимают. Есть те, кто сталкивался с материалами о КПТ в прессе или СМИ, а кто-то даже просматривал научные статьи (в том числе, возможно, и написанные вами). Полезно прямо спрашивать новых клиентов, как они понимают когнитивно-поведенческую модель, и оценивать точность их представлений. Например, есть люди, которые придерживаются нереалистичных

ожиданий и мифов о том, что «КПТ — экспресс-ремонт жизни»; естественно, такие представления необходимо корректировать. Кто-то придет к вам с информацией от работников здравоохранения, утверждавших, что «КПТ помогает только при легкой или средней депрессии». Подобные мнения могут отражать устаревшие или просто неверные данные и тем не менее влиять на отношение человека к психотерапии; особенно если суждения озвучил специалист, у которого клиент длительное время наблюдается и которому доверяет.

Ориентирование может неоднократно требоваться в процессе психотерапии, и его содержание будет зависеть от конкретных потребностей клиента и актуальных целей. В частности, ориентирование происходит, когда мы рассказываем клиентам о структуре КПТ-сессий, и в результате они понимают, чего ждать, что планировать заранее, как успешнее использовать отведенное время.

Обычно формат когнитивно-поведенческой психотерапевтической сессии состоит из следующих элементов:

1. Общая оценка состояния (настроения, дистресса), в том числе с помощью соответствующих шкал или свободного описания; также может «выстраиваться мост» от текущей сессии к предшествовавшей.
2. Формулирование повестки дня (включая проверку домашнего задания) и определение вопросов, которые необходимо обсудить на сессии. Полезно сразу расставлять приоритеты и примерно распределять время на обсуждение каждой из волнующих тем.
3. Проверка домашнего задания.
4. Проработка каждого пункта повестки дня.
5. Обобщение главных выводов, сделанных на сессии.
6. Обратная связь от клиента.
7. Обсуждение будущих заданий, в том числе вероятных сложностей, переживаний клиента; формулирование домашнего задания.

Начинающие психотерапевты часто переоценивают объем работы, который физически выполним в ходе одной сессии; в результате на подведение итогов и планирование домашних заданий остается всего несколько минут. Если формулировать домашние задания в спешке, вряд ли удастся сделать это вместе с клиентом, сохранить гибкость и, как следствие, повысить вероятность его успеха при их выполнении. Иногда полезно мысленно делить каждую сессию на этапы: *начало* (пп. 1–3), терапевтическая *работа* (п. 4) и *завершение* (пп. 5–7). Так

есть шанс уделить достаточно внимания начальному и завершающему этапам, и сам терапевт умерит ожидания относительно того, что можно успеть сделать на сессии. Если вы проводите 50-минутные сессии, можно пользоваться соотношением «10–30–10», то есть завершать обсуждение проблем и начинать подведение итогов за 10 минут до их финала.

Хотя продолжительность сессии 50 минут считается традиционной и удобной для составления расписания, могут найтись весомые причины ее изменить. Обычно это требуется для выполнения некоторых упражнений по экспозиции или групповых интервенций. Экспозиционные сессии часто длятся дольше, особенно при работе с клиентами, имеющими обсессивно-компульсивные и посттравматические стрессовые расстройства, или с любыми другими клиентами, которым для снижения уровня тревоги в ходе экспозиции требуется больше получаса. При планировании экспозиционных сессий (подробнее см. главу 7) бывает полезно закладывать больше времени. Хотя традиционно групповые КПТ-сессии длятся 90–120 минут, их тоже можно делить на три вышеописанные части. Ближе к завершению психотерапии допускается планировать поддерживающие сессии продолжительностью полчаса. Более короткие сессии также целесообразно проводить с клиентами, испытывающими трудности с концентрацией и другие когнитивные проблемы (особенно в начале терапии). Например, клиентам с тяжелой формой депрессии или психотическими расстройствами для достижения необходимых терапевтических изменений могут требоваться более короткие и при этом более частые сессии. Их способность концентрироваться иногда снижается, и получасовые встречи два раза в неделю им более полезны, чем часовые раз в неделю. Однако важно соблюдать структуру сессии, независимо от того, как долго длится встреча. Стратегии выстраивания структуры сессий обобщены в табл. 5.1.

Таблица 5.1. Стратегии выстраивания структуры сессий

1. Придерживайтесь реалистичных ожиданий в отношении повестки дня и количества работы, которая может быть проделана за одну сессию. Обычно достаточно внести в повестку два-три пункта; полезнее глубоко проработать меньшее количество вопросов, чем поверхностно коснуться большего. Менее опытные специалисты часто торопятся и пытаются успеть слишком много.
2. Будьте предсказуемы и показывайте пример следования структуре сессии. Если психотерапевт не следует повестке дня или не обсуждает домашнее задание, снижается и вероятность того, что клиенты завершат необходимую работу. Обычно они быстро осваиваются со структурой сессий; кроме того, структурированность нередко снижает

тревожность, так как клиенты знают, чего ждать и как вы эффективно распределяете время.

3. Повестка дня должна формулироваться через сотрудничество; ваша задача — убедиться, что внимание уделено приоритетным темам (относящимся к психотерапии).
4. Отслеживать время помогут часы, оставленные на видном месте, — так, чтобы на них было удобно смотреть и вам, и клиенту.
5. Записывайте повестку дня на доске, особенно при работе с клиентами, которым трудно придерживаться структуры или укладываться в отведенное время. Определяйте приоритетность каждого вопроса и выделяйте примерное время, которое сможете уделить его обсуждению.
6. Регулярно подводите итоги и ориентируйте клиента во времени. Подведение итогов позволяет выстраивать «мостики» между актуальными и прошлыми сессиями.
7. Старайтесь выносить более сложные и трудоемкие вопросы в начало сессии. Если поступать иначе и добираться до них только во второй части, может не хватить времени на полноценное обсуждение. Тогда потребуется продлить встречу, либо клиент уйдет, не сделав нужные выводы и не определив полезные стратегии поведения. Оба варианта вредны для психотерапевтической практики.
8. За исключением кризисных ситуаций, придерживайтесь повестки дня. Если с этим возникают сложности, открыто обсуждайте их с клиентом и старайтесь в следующий раз делать повестку дня короче, а не длиннее.
9. Если клиент поднимает важный вопрос ближе к концу сессии, дайте ему понять, что вы запомните тему и вернетесь к ней в начале следующей сессии. Некоторые психотерапевты называют это «эффектом дверной ручки». Клиент, поступающий таким образом, хочет рассказать вам о чем-то и при этом понимает, что времени на обсуждение недостаточно.
10. Постарайтесь понять, находится ли клиент в кризисном состоянии на момент начала сессии (уже когда он входит в кабинет), чтобы в случае чего обеспечить себе достаточное количество времени на оценку рисков и совершение других необходимых действий.
11. Учитесь уверенно и мягко прерывать клиентов, помогая им придерживаться намеченного плана.
12. Выделяйте достаточно времени на обсуждение домашних заданий перед завершением сессии. И клиенту, и терапевту легко увлечься обсуждением, превращая домашнее задание во что-то дополнительное. А это снижает вероятность его выполнения.

Из Dobson and Dobson (2013). Copyright © 2013 Elsevier B.V. Адаптировано с разрешения правообладателя.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ

Термин *психообразование* используют для обозначения процесса, в ходе которого клиенту, получающему психотерапевтические услуги, предоставляется информация о значимых психологических принципах и фактах. Сюда относятся сведения о диагнозе, доказательных подходах к лечению, копинг-стратегиях, результатах исследований и источниках информации. Психообразование является доказательной практикой,

которую можно использовать при работе с разными психическими расстройствами (Lukens & McFarlane, 2004), от шизофрении до биполярного расстройства и компульсивного переедания. Тем не менее психообразование не есть самостоятельная форма лечения, обычно оно становится частью полноценной когнитивно-поведенческой психотерапии. Впрочем, термин иногда по ошибке используют как синоним КПТ (см. врезку «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии»). Психообразование может реализовываться разными способами и в разных форматах. Чаще всего его применяют на начальных этапах лечения, когда клиенту нужно предоставить информацию о возможном диагнозе, проблемах, модели лечения и планируемых интервенциях; однако психообразование бывает уместно и вне зависимости от этапа терапии. Конкретные методы, используемые для эффективной передачи информации клиенту, зависят от его потребностей, хотя обычно выбирается вербальная форма. Представление некоторых типов данных окажется для терапевта привычным делом (например, рассказ о структуре сессий и особенностях когнитивно-поведенческого подхода); другая информация будет актуальной лишь в ряде случаев (например, касающаяся эффективности КПТ при работе с редко встречающимися расстройствами). В табл. 5.2 представлен ряд соображений и предложений, касающихся психообразования.

Учитывая, какими взрывными темпами распространяется доступная для клиентов информация по вопросам общественного здоровья, им порой сложно «отделить зерна от плевел». Мы рекомендуем специалистам предварительно изучать все рекомендуемые клиентам материалы — брошюры, книги, видео, сайты, — чтобы убедиться в качестве предоставляемой информации. Кроме того, предлагаем не пользоваться единым списком рекомендаций для всех, а составлять его индивидуально для каждого. Иногда полезно просто проговорить информацию на сессии, не предлагая материалы для чтения.

Норкросс с коллегами (Norcross et al., 2013) составили удобный рейтинг книг по самопомощи, автобиографий, учебников, веб-ресурсов и групп самопомощи/поддержки, которые есть в распоряжении жителей Северной Америки. Эта работа поможет в выборе материалов, доступных на момент ее публикации. Помните: в большинстве своем клиенты не так заинтересованы в чтении специализированной литературы, как терапевты, а значит, коротких, лаконичных материалов вполне достаточно для достижения целей психообразования. Тем не менее некоторые клиенты оценят возможность изучить исследования, будут благодарны за отсылки к таким материалам и воспримут сам факт как признание их интеллектуальных способностей. Дальнейшее обсуждение предло-

женных материалов укрепит терапевтические отношения и поможет клиентам применять полученные знания в конкретных ситуациях. Кроме того, им бывает полезно самостоятельно искать обучающие материалы. Можете предложить провести такое исследование уже на ранних этапах психотерапии в качестве домашнего задания.

Таблица 5.2. Психобразование

В качестве психообразовательных материалов можно использовать следующие:

- Информацию о симптомах расстройства. Многим клиентам интересно узнать и обсудить диагностические критерии. Однако использовать эту информацию уместно лишь в случае, когда вы уверены, что симптомы клиента действительно отвечают этим критериям.
- Когнитивно-поведенческие объяснения, модели развития и поддержания конкретных симптомов.
- Информацию о когнитивно-поведенческих интервенциях и их эффективности.
- Принципы достижения поведенческих изменений: подкрепление, наказание, формирование и угашение.
- Информацию о клинических руководствах, связанных с проблемами клиента. Например, Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS) публикует основанные на доказательных практиках руководства по работе с разными психическими проблемами (www.nice.org.uk).
- Информацию о любых проблемах клиента: бессоннице, напряжении, тревоге, сложностях в общении или воспитании детей.

К числу доступных методов психобразования относятся следующие:

- Дидактическая информация, предоставляемая психотерапевтом на сеансе.
- Подготовленные профессионалами брошюры и раздаточные материалы.
- Книги, фильмы или интернет-ресурсы (Norcross et al., 2013).
- Локальные источники информации, тематические лекции и презентации.

Несколько полезных сайтов, где можно скачивать брошюры и раздаточные материалы для клиентов:

- sra.ca/psychologyfactsheets: Канадская психологическая ассоциация; есть подборки фактов по разным темам, в том числе доказательным подходам к лечению.
 - ara.org: Американская психологическая ассоциация; ищите информацию по темам.
 - adaa.org: Американская ассоциация тревоги и депрессии.
 - abct.org/Information/?m=mInformation&fa=FactSheets: Ассоциация для поведенческих и когнитивных терапий; изучите информацию, посвященную симптомам расстройств и основным способам когнитивно-поведенческой работы с ними.
 - cacbt.ca: Канадская ассоциация когнитивных и поведенческих терапий.
 - academyofct.org: Академия когнитивной терапии; см. разделы для потребителей.
-

Вот несколько вопросов, которые нужно задавать себе в процессе подбора материалов:

- Соответствуют ли эти материалы уровню образования и языковым способностям клиента?
- Есть ли у клиента необходимые силы и навыки для получения доступа к этим материалам (например, умеет ли он пользоваться компьютером и искать информацию)?
- Хочет ли сам клиент получить эту информацию? Какова вероятность того, что материалы его заинтересуют?
- Есть ли у клиента источники доступной информации (например, компьютер с подключением к интернету)?
- Переживает ли клиент о том, что кто-то может увидеть, как он изучает раздаточные материалы? Например, если члены семьи не знают о проблеме клиента, он может не захотеть хранить печатную информацию дома.
- Насколько тяжелым является состояние клиента на данный момент? Как это влияет на его способность концентрироваться? Клиенты в состоянии дистресса, не способные долгое время удерживать внимание на чем-то одном, могут испытывать трудности при самостоятельном изучении психообразовательных материалов; это нужно учитывать.
- Может ли информация оказать на клиента подавляющее действие? (Оценивайте ее полезность и уместность; подумайте, можно ли дать меньше, а не больше.)
- Увлекательны ли эти материалы, хорошего ли они качества, актуальны ли, точны, соответствуют ли когнитивно-поведенческой модели?

МИФЫ О КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

«Когнитивно-поведенческая терапия не работает с эмоциями. Это “интеллектуальный” подход, который не продвигает “эмоциональную грамотность”. По сути, КПТ и есть психообразование. Следовательно, с нее можно начинать психотерапию, но этого недостаточно для достижения полноценных изменений, которые требуют более глубокой работы».

Представления о когнитивно-поведенческом подходе как об интеллектуализированном и образовательном отчасти верны. Психообразование является одним из широко используемых элементов КПТ (Barlow, Allen & Choate, 2004). В большинство планов лечения, как в индивидуальной,

так и в групповой работе, включен психообразовательный компонент. Психотерапевт может использовать вербальную форму представления информации, раздаточные материалы, оценивать уже имеющиеся у клиентов знания. Некоторые применяют тесты вроде Шкалы понимания когнитивной терапии (Cognitive Therapy Awareness Scale; Wright et al., 2002) для проверки усвоения информации клиентом. К другим способам повышения эффективности обучения относят выполнение домашних заданий, которые тоже часто используются в КПТ. В большинстве случаев клиентам предлагают задуматься о своих мыслях и опробовать на собственном опыте обладающие доказательной эффективностью или эмпирические процессы. Они также занимаются самомониторингом и проводят разные поведенческие эксперименты. Конечно, все эти действия сосредоточены на интеллектуальной интерпретации проблем клиента. Легко понять, почему другим специалистам, привыкшим помогать клиентам выражать эмоции в терапии, описанные процессы могут казаться интеллектуализированными.

Однако критики когнитивно-поведенческого подхода обычно неправильно понимают его суть: описанные методы обучения не являются самоцелью, а служат достижению эмоциональных и поведенческих изменений. Все формы экспозиционной терапии (см. главу 7) связаны с пробуждением эмоций в присутствии пугающего стимула — именно благодаря этому происходят терапевтические изменения. Кроме того, в роли пугающего стимула может выступать сама сильная эмоция, а освоение приемов эмоциональной регуляции находится в списке наиболее распространенных интервенций. Часто используется и прямая работа с автоматическими мыслями, а также вызванными ими эмоциями (см. главу 8). Интеллектуальное осознание, или инсайт не являются целями когнитивно-поведенческой терапии; снижение эмоциональных страданий, повышение самоэффективности, развитие копинг-навыков — являются. Следовательно, если терапевтический процесс не будет включать в себя психообразование, достичь желаемых изменений вряд ли удастся. Но компетентный когнитивно-поведенческий психотерапевт не станет продвигать психообразование как полноценную форму лечения.

Иногда путаница между психообразованием и КПТ сбивает с толку. Одна из нас (Д. Д.) неоднократно слышала, как практикующие специалисты используют эти термины как взаимозаменяемые. Причем данное заблуждение встречается не только у отдельных специалистов, но и у составителей учебных планов на курсах обучения психодинамической терапии. Так, в одной местной программе обучения психотерапии, которая прошла национальную аккредитацию, термин *психообразовательный* использовался в качестве названия групповой когнитивно-поведенческой терапии. Подобные заблуждения надо корректировать.

Некоторые специалисты говорят об «интеллектуальных» и «эмоциональных» инсайтах, подразумевая, что это отдельные явления. Другие полагают, что эмоциональные «озарения» связаны с «истинными» изменениями, а интеллектуальные — нет. Такое «озарение» (инсайт) по сути представляет собой понимание, осознание. В когнитивно-поведенческой терапии используются разные формы понимания и осознания: осознание своих поведенческих схем, триггеров, эмоций и когниций; понимание функциональных связей между этими факторами. Все эти формы поощряются с самого начала терапии и помогают клиентам меняться. Чтобы происходили настоящие изменения, должны решаться существующие в реальной жизни проблемы: их мало просто осознать — необходимо начать вести себя иначе. Если клиенты в ходе психотерапии получают разный *опыт* (как на сессии, так и в ходе поведенческих экспериментов), их негативные убеждения со временем меняются. Обычно *разговоры* о чем-либо не приносят особой пользы, а *реализация* новых форм поведения и их *практическое проживание* — приносит. Когнитивно-поведенческая терапия сосредоточена на совершении *действий* и получении *экспериенциальных инсайтов*, а также на достижении когнитивных изменений.

Что известно об эффективности и преимуществах психообразования?

Хотя проводилось лишь несколько исследований, в которых психообразование напрямую оценивалось как отдельный компонент когнитивно-поведенческой терапии, многочисленные научные работы были посвящены оценке эффективности кратких образовательных интервенций и руководств по клинической практике. В них библиотерапия (рекомендация определенной информации клиентам) представляла собой первый шаг в лечении, а то и являлась терапией первой линии для людей с нетяжелыми проблемами. В модели пошагового обеспечения помощи, описанной в клинических руководствах для работы с разными психическими расстройствами, включены многочисленные инструкции по самопомощи, сайты и рабочие тетради. Подобные модели разрабатываются в соответствии с потребностями клиентов и широко используются такими организациями, как Национальная служба здравоохранения Великобритании (NHS).

Большинство практикующих специалистов убеждены, что психообразование может быть полезно сразу в нескольких аспектах. Наш опыт показывает: к ним относятся усиление сотрудничества и вовлеченности

в процесс лечения, а также общий успех психотерапии. Обычно знания позволяют научиться лучше контролировать проблемы и способствуют изменению убеждений. Некоторые клиенты обращаются за психотерапией, будучи уверены, что их симптомы вызваны неким «биохимическим дисбалансом». Обычно такие убеждения укрепляет ощущение отсутствия контроля за происходящим и беспомощности. Когда клиент начинает разбираться в возможных предпосылках и триггерах развития депрессивных симптомов *в принципе*, он ищет возможности применить эту информацию к своей ситуации. Например, клиент с депрессией, который взял на работе отпуск, пребывая в полной уверенности, что ему нужно больше отдыхать, может удивиться, узнав, что пассивность и недостаток интересных занятий ухудшают, а не облегчают симптомы депрессии. Тревожным клиентам иногда советуют избегать стрессовых ситуаций, чтобы не нервничать. Однако, следуя подобным рекомендациям, они неизбежно возвращают в себе новые страхи. Некоторые убеждены, что нужно «запрещать себе плохие мысли» или бить себя резинкой по запястью в качестве напоминания о необходимости меньше волноваться. Кто-то представляет себе когнитивную терапию как стояние перед зеркалом и повторение утверждений вроде: «Я чудесный и прекрасный человек». Польза, которую может принести таким клиентам новая верная информация, позволяющая отказаться от следования неэффективным и устаревшим рекомендациям, очевидна.

Психообразование также помогает клиентам почувствовать облегчение в связи с тем, что об их проблеме уже писали книги, ее исследовали, обсуждали, — это дает ощущение валидации, поддержки и надежды. После изучения информационных материалов многие замечают: «А я думал, я такой один», «Оказывается, моя проблема встречается намного чаще, чем я думал» и «Многим удалось добиться улучшений с помощью этой терапии, значит, она, вероятно, поможет и мне». Зачастую клиентам (не только в КПТ) интересно узнавать личные истории других людей, столкнувшихся с аналогичными проблемами, — такие примеры увлекают и мотивируют. При национальных или местных организациях, работа которых ориентирована на поддержание психического здоровья населения, могут действовать специальные тематические лектории; личные истории преодоления психических проблем можно также найти в СМИ и через ресурсы вроде Канадской комиссии по психическому здоровью (Mental Health Commission of Canada) либо Национального альянса по вопросам психических заболеваний (National Alliance on Mental Illness, nami.org). Несколько тематических видеороликов собрано в программе Opening Mindsat www.mentalhealthcommission.ca.

Существуют и формы психообразования, помогающие клиентам получать дополнительные знания и навыки. Например, можно найти материалы, в которых доступно излагаются принципы подкрепления или потенциальное воздействие когнитивных изменений на поведение. Ответственность за подбор информации, которая может быть полезной для клиента, помимо результатов диагностики, обоснования выбранной формы лечения и статистики исследований, лежит на психотерапевте. Данные о конкретных расстройствах и когнитивно-поведенческих интервенциях легко найти онлайн и распечатать. Краткий список полезных ресурсов вы найдете в табл. 5.2 (сайты постоянно обновляются и меняются, поэтому обязательно проверьте размещенную на них информацию, прежде чем давать ссылки клиентам). При безусловной полезности психообразования применять данный метод нужно с умом: «матчасть» обычно интересует клиентов меньше, чем специалистов, — люди приходят, чтобы решить свои проблемы. Поэтому обязательно подбирайте материалы для конкретного клиента.

Карл заканчивал первую сессию с новой клиенткой, Наташей. Он описывал когнитивно-поведенческую модель депрессии (являлась основной проблемой клиентки). К его удивлению, Наташу эта информация не заинтересовала, а на предложение задать дополнительные вопросы она отреагировала отказом. Когда Карл предложил ей полезные материалы к прочтению, Наташа сказала, что ей это неинтересно. Карл любопытствовал, как она обычно изучает новую информацию: читает или сразу переходит к действию. Наташа сказала, что хотела бы «приступить к действию» и искать помогающие методы на практике.

Карл не стал настаивать на теоретическом психообразовании и запомнил предпочтения клиентки. В дальнейшем он старался интегрировать в каждую сессию активное домашнее задание и подробно разбирал смысл задания, чтобы по итогам сессии Наташа сама могла объяснить, почему его важно выполнить; читать ее больше не заставлял. Кроме того, Карл предположил, что выполнение письменных заданий тоже не вызовет у клиентки энтузиазма. Во многом это предположение оказалось верным: Наташе действительно было скучно заполнять формы для их дальнейшего разбора на терапии. Тем не менее оказалось, что она не прочь записать что-то на доске во время сессии в качестве упражнения или объяснения будущего домашнего задания. Особенно ей пришлось по вкусу составление диаграмм. Со временем она также стала оставлять себе напоминания на смартфоне. Вместе терапевт и клиентка выбрали мелодию звонка, напоминавшего о необходимости выполнить задание. Карл и Наташа всегда подробно обсуждали, как ей запомнить и применить каждое задание, и обсуждение всегда выстраивалось с учетом Наташиного стиля обучения.

ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ

Домашние задания — важнейший компонент когнитивно-поведенческих интервенций. Психотерапевтическая сессия обычно занимает всего 1 час в неделю, поэтому для полноценного освоения и генерализации изменений за ее пределами нужно выполнять домашние задания. В качестве такового можно предложить клиентам изучить психообразовательные материалы, заполнить Дневник активности или Дневник дисфункциональных мыслей, провести поведенческий эксперимент, ежедневно выполнять задания на экспозицию, отрабатывать коммуникативные навыки. Обычно в самом начале психотерапии принято информировать клиентов о том, что выполнение домашних заданий является основополагающей частью КПТ, без которой едва ли удастся добиться существенных изменений. В табл. 5.3 собраны варианты домашних заданий. Чтобы выполнение задания увенчалось успехом, его необходимо формулировать вместе с клиентом; кроме того, трудно переоценить важность письменных или цифровых напоминаний (рис. 5.1). В главах 6–10 мы подробно обсудим допустимые домашние задания по конкретным поведенческим и когнитивным интервенциям, а тему вероятных сложностей при его выполнении разберем в главе 12.

Рецепт изменений

Домашнее задание, которое мы сформулировали:

Доктор Дебора Добсон _____

Клиент _____

Следующая встреча (дата и время) _____

Телефон: (403) xx-xxxx

Рис. 5.1. Форма рецепта изменений

Таблица 5.3. Как повысить успешность выполнения домашних заданий

1. Следите за тем, чтобы решения относительно домашнего задания принимались совместно, а не терапевтом или клиентом по отдельности.
 2. В конце каждой сессии оставляйте достаточно времени на обсуждение и формулирование домашних заданий.
 3. Убедитесь, что суть задания понятна клиенту. Пусть перескажет, что нужно сделать, своими словами.
 4. Объясняйте суть задания убедительно, чтобы клиенту стало понятно, каким образом конкретное действие, которое ему предлагается свершить, связано с общими целями психотерапии.
 5. Получите от клиента обещание выполнить домашнее задание.
 6. Лучше использовать конкретные и понятные, а не общие формулировки (например, «Каждый день смотрите в глаза трем разным людям» вместо «Отрабатывайте невербальные социальные навыки»).
 7. Оценивайте успех по количеству усилий, приложенных клиентом в процессе выполнения задания, а не по результатам — это соответствует принципам совместного эмпиризма (например, если в качестве задания № 6 клиент тренировался смотреть людям в глаза, можно считать задание успешно выполненным независимо от того, получил ли он позитивную реакцию на свои действия от окружающих).
 8. Убедитесь, что у клиента есть необходимые для выполнения задания ресурсы (финансовые, эмоциональные, мотивационные) и навыки (языковые, социальные; знания).
 9. Используйте напоминания вроде рецепта изменений (см. рис. 5.1). Некоторые клиенты предпочитают использовать средства для создания электронных напоминаний или будильники на смартфоне, позволяющие получать визуальные или звуковые уведомления через регулярные промежутки времени. Нередко клиенты так сильно тревожатся на сессиях, что, несмотря на свои лучшие намерения, просто забывают, что задано.
 10. Предложите клиенту оценить вероятность выполнения домашнего задания. Если он озвучит цифру ниже 70 %, попробуйте изменить или упростить задание либо найдите стратегию, которая повысит шансы его выполнения.
 11. Иногда имеет смысл начинать выполнение задания на сессии, чтобы клиент вместе с вами попрактиковался, прежде чем переходить к самостоятельной работе. Некоторые люди выполняют задания прямо перед сессией в холле. Хотя это не идеальный вариант, подкрепляйте выполнение задания и приложенные усилия.
 12. На следующей сессии обязательно обсуждайте задание и положительно подкрепляйте старания клиента и полученные результаты в словесной форме.
 13. Попробуйте сами выполнить задание, моделируя его выполнение. Например, поставьте перед собой задачу оценить психообразовательные материалы или поиск информации по конкретным жалобам клиента.
-

Хотя психотерапевты обычно говорят клиентам, что выполнение домашних заданий напрямую связано с терапевтическими успехами, это утверждение подтверждается не во всех исследованиях. Так, Кейджсерс с коллегами (Keijsers & colleagues, 2000) пишут, что позитивная связь между домашними заданиями и результатами терапии была выявлена

в четырех исследованиях и не выявлена в семи. Однако Казантис и Даттилио (Kazantzis & Dattilio, 2007) утверждают, что для использования домашних заданий в психотерапии есть убедительные теоретические и эмпирические основания; кроме того, опубликована статья об использовании домашней работы в разных типах психотерапии, с разными группами клиентов и типами проблем (Kazantzis & L'Abate, 2007). Судя по всему, освоение когнитивных интервенций и их включение в жизнь клиента снижают риск рецидива у обладателей умеренной и тяжелой депрессии через год после успешного прохождения лечения (Strunk, DeRubeis, Chiu, & Alvarez, 2007). По результатам метаанализа, проведенного Казантисом, Уиттингтоном и Даттилио (Kazantzis, Whittington, & Dattilio, 2010), в исследованиях, где предполагалось выполнение клиентами домашних заданий, наблюдались более выраженные позитивные результаты, по сравнению с исследованиями, в которых такие задания не использовались. Домашнее задание — естественное завершение сессий когнитивно-поведенческой терапии.

Мария завершила фазу оценки и планирования психотерапии со своим новым клиентом, Джонатаном. Они рассмотрели когнитивно-поведенческую модель его проблем — компульсивного переедания и чрезмерного употребления алкоголя. В список исходных терапевтических целей вошли психообразование и самомониторинг употребляемой еды и алкоголя, а также вероятных эмоциональных, социальных и средовых триггеров. Опыта прохождения КПТ у Джонатана не было. Однако до обращения к психотерапевту он прошел оценку в местном консультативном центре для зависимых людей и несколько раз посещал программы «12 шагов». Его заинтересовала перспектива изучить печатные психообразовательные материалы, предложенные Марией, — он с радостью сложил их в свой рюкзак. Однако на следующей встрече признался, что ни изучением материалов, ни самомониторингом не занимался. Более того, обсуждение этого вопроса его явно раздражало; он утверждал, что у него не было времени на выполнение заданий. При дальнейшем обсуждении Джонатан признался, что просто оставил материалы в багажнике машины и не думал их читать. Он вызывающе заявлял, что такие же материалы и советы следить за едой и алкоголем получал от других специалистов, с которыми работал. Он даже собирался отменить встречу, потому что изначально надеялся, что специалист предложит что-нибудь другое, более полезное, а теперь сомневался, что его надежды оправдаются.

Мария похвалила Джонатана за решение вернуться на сессию и за то, что он озвучил свои переживания. Они открыто обсудили сходство и различия ее терапевтического подхода и других методов. Мария повторно объяснила смысл самомониторинга и взяла на себя ответственность за то,

что не выдала клиенту конкретные формы по КПТ зависимостей. Прямо на сессии они заполнили часть такой формы и выявили несколько важных триггеров, одним из которых оказалась злость на людей, указывавших Джонатану «что делать». Клиент согласился дать самомониторингу еще один шанс. Они с Марией дали друг другу домашнее задание — найти новые психообразовательные материалы, а также договорились на грядущих сессиях поработать с гневом и убеждениями Джонатана, связанными с управлением.

Итак, мы рассмотрели основные навыки, необходимые для начала когнитивно-поведенческой терапии и структурирования сессий. Пришло время перейти к обсуждению поведенческих и когнитивных стратегий лечения, что мы и сделаем в главах 6–10. Скорее всего, вы будете возвращаться к базовым навыкам в ситуациях, когда клиент не выполнит домашнее задание и ему потребуются дополнительное информирование в связи с возникновением новой проблемы или когда терапевтический альянс по какой-то причине окажется под угрозой. Хотя текст этой книги выстроен в соответствии с определенной логической последовательностью, авторы предусмотрели возможность его гибкого использования — с целью удовлетворить индивидуальные потребности клиентов, забывать о которых нельзя.

Глава 6

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ РАБОТА. РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ

В этой главе мы обсудим, как помогать клиентам в развитии навыков, необходимых для разрешения проблем, с которыми часто обращаются в психотерапию. Большинство из этих методов подразумевают достижение поведенческих изменений, в том числе поведенческую активацию, развитие коммуникативных навыков и управление режимом сна. Сюда же относятся некоторые когнитивные навыки, например умение решать проблемы. Сила клинической концептуализации случая заключается в ее гибкости, что может пугать специалистов, которые привыкли к строгому структурированию практики и работе по руководствам. Эта глава написана с целью помочь вам научиться адаптировать элементы отработки навыков и достижения поведенческих изменений под конкретных клиентов, а не просто использовать руководства, соответствующие определенным диагнозам. Обучение клиентов навыкам, необходимым для решения распространенных проблем, — ключевой компонент когнитивно-поведенческой терапии.

Поведенческие элементы психотерапии, актуальные для большинства приходящих в КПТ клиентов, можно условно разделить на две категории: (1) стратегии достижения поведенческих изменений, связанные с повышением уровня знаний, навыков и форм поведения, способствующих достижению позитивных изменений; (2) стратегии, направленные на уменьшение избегания, самосаботажа и проблематичного поведения. Так как некоторые области поведенческих и когнитивных элементов терапии пересекаются, их разделение будет примерным и в некотором смысле искусственным. Все компоненты терапии взаимодействуют и тем самым, хочется верить, дают результат более существенный, чем механическое суммирование. Исследователи пытаются выделить эффективные компоненты психотерапии, чтобы определить относительный эффект

каждого из них. Но клинические специалисты обычно не способны предсказать, какие стратегии окажутся более эффективными и полезными в конкретном случае: то, что работает для среднестатистического испытуемого в рандомизированном клиническом исследовании, может не подействовать на вашего клиента. Поэтому результаты рандомизированных исследований могут подсказать, какие стратегии использовать, а концептуализация клинического случая станет направляющим ориентиром в процессе терапии и поможет выбрать интервенции, которые с наибольшей вероятностью подойдут вашему клиенту. В этой главе мы рассмотрим методы развития полезных навыков, а в следующей главе обсудим стратегии для снижения избегания.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА РАЗВИТИЕ ПОЛЕЗНЫХ НАВЫКОВ

Поведенческие интервенции, направленные на развитие полезных навыков и планирование действий, — один из столпов когнитивно-поведенческой терапии с момента ее возникновения. В этой книге мы разделяем традиционные поведенческие методы, используемые для усиления поощрения и снижения эффекта отталкивающих последствий, и поведенческую активацию, основной целью которой является уменьшение использования копинг-стратегий, связанных с избеганием. Хотя эти подходы значительно пересекаются, в публикациях их принято разделять; практических специалистов это часто путает (Farmer & Charman, 2008; Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Путаница возникает из-за того, что для описания обоих типов интервенций используется термин «поведенческая активация». Поведенческую активацию, направленную на снижение избегающего поведения, мы рассмотрим в главе 7, а поведенческую активацию (планирование активности), ориентированную на развитие полезных навыков, — в этой.

Планирование активности

Подумайте, какие поведенческие методики традиционно используются для работы с:

- клиентами, демонстрирующими низкий уровень активности;

- клиентами, страдающими от пониженной мотивации и энергии, независимо от поставленного диагноза;
- клиентами, которые жалуются на недостаток удовольствий в жизни и низкую самооценку;
- клиентами, которые кажутся себе непродуктивными и неэффективными;
- клиентами с депрессией (будь то первичный или вторичный диагноз);
- клиентами, живущими на пособие по нетрудоспособности и имеющими в связи с этим неструктурированный режим дня;
- клиентами в состоянии эмоционального дистресса, возникшего из-за хронического заболевания или боли (если им не противопоказана активность).

Методики поведенческой активации изначально разрабатывались для лечения депрессии, потому что большинство клиентов с подавленным настроением не получают достаточного подкрепления в своей обычной среде. Снижение активности приводит к тому, что подкреплений в их жизни становится еще меньше, уменьшается количество источников возможного удовольствия, социальной поддержки и социального подкрепления. Нам доводилось работать с огромным количеством клиентов, которые становились менее активными из-за депрессии, тревоги, хронических заболеваний и боли. Снижение активности обычно дает краткосрочное облегчение, но в долгосрочной перспективе создает больше проблем, чем решает. В число этих проблем входит ухудшение настроения и снижение ощущения собственной ценности, из-за которых, в свою очередь, учащаются случаи избегающего поведения, усиливается тревога об избегаемых ситуациях и чувство изоляции, падает продуктивность.

Снижение активности бывает связано и с использованием негативного копинга: увеличением количества потребляемой пищи, отказом от физических упражнений, нарушением режима сна или злоупотреблением психоактивными веществами. Если человек в состоянии депрессии проведет день дома в одиночестве, количество самоуничижительных мыслей в его голове скорее увеличится, нежели уменьшится. Страхи тревожного человека в аналогичной ситуации тоже лишь усилятся, а количество условий, в которых он будет чувствовать себя комфортно, наоборот, сократится. Физическая форма человека с хронической болью от сидения дома ухудшится, он будет меньше двигаться и ощущать себя физически неполноценным. Проявления деструктивного поведения

у людей с саморазрушающими привычками (вырыванием волос, курением, компульсивным перееданием и онлайн-шопингом) от снижения активности учащаются. Даже если близкие критикуют их за пассивность и предлагают повысить активность, без структурирования повседневности им сложно следовать этому совету. Задача кажется слишком сложной, они будто не способны делать то, что раньше наполняло жизнь смыслом, а в итоге чувствуют стыд и другие негативные эмоции. Может возникнуть ощущение, что они — бремя для семьи, членам которой приходится брать на себя ответственность за того, кто остался дома. Печальным исходом данной последовательности событий часто становятся межличностные и семейные конфликты.

Традиционная поведенческая активация (планирование активности) использовалась при работе с разными проблемами с момента, когда ее разработали Фестер (Ferster, 1973) и Льюинсон, Салливан и Гросскап (Lewinsohn, Sullivan & Grosscup, 1980). Изначально метод был создан для помощи людям, которым необходимо увеличить количество и качество позитивного подкрепления поведения, а также развить копинг-стратегии для более адаптивного реагирования на негативные жизненные события. Такой подход можно использовать с любыми клиентами, которым свойственно снижение ежедневной активности или подкрепления поведения, даже если они не находятся в состоянии клинической депрессии. Поведенческие стратегии обычно эффективно применяются на ранних этапах психотерапии — благодаря им у клиентов улучшается настроение, повышается уровень энергии и укрепляется ощущение самоэффективности. А когда они активнее вовлекаются в жизнь, проще выявить и усовершенствовать недостающие навыки и скорректировать паттерны негативного мышления, которые тоже становятся очевидными.

Важно различать снижение активности, связанное с плохим настроением, отсутствием интереса и мотивации, и снижение активности по причине тревоги и избегания. Первым шагом в их различении является оценка паттернов активности клиента с помощью самомониторинга. Существуют разные формы записи активности; самая простая представляет собой таблицу, в верхней части которой перечислены дни недели, слева — время дня с утра до вечера (см. рис. 6.1). Заполнения такой таблицы обычно более чем достаточно. Однако полезно иметь под рукой разные варианты напечатанных форм.

Если клиенту не по душе формальность подобных записей (что само по себе дает полезную информацию о нем), можно предложить ему излагать ту же информацию с перечислением основных видов деятельности в свободной форме на любом листке бумаги. Если клиент ведет элек-

тронный календарь на смартфоне или планшете, можно использовать не только печатные, но и цифровые формы мониторинга поведения. Разработан целый ряд специальных приложений для самомониторинга (например, MoodKit). Клиенты, использующие для отслеживания активности электронные средства, могут заранее, перед сессией высылать вам результаты по электронной почте, чтобы на сессии их осталось лишь обсудить. Наконец, можно положиться на устные отчеты клиента; однако нужно понимать, что при такой форме подачи информации порой идут искажения в соответствии с клиническим состоянием рассказчика или под влиянием социальной желательности (например, клиент скажет вам то, что, на его взгляд, вы хотели бы услышать).

Правила планирования активности

Планируя активность, убедитесь, что начинаете с обсуждения истинного состояния клиента: не принимайте желаемое за действительное, не пытайтесь угадывать уровень его активности. Если клиент проводит большую часть дня в кровати в пижаме, важно, чтобы он сам сказал вам об этом. Некоторые не хотят честно обсуждать свою активность в течение дня, боясь, что их осудят и заставят стыдиться. Окружающие часто одаривают таких людей советами в духе «просто возьми себя в руки», из-за которых те чувствуют себя неадекватными и погружаются в самоуничижительные мысли. Воспроизведение подобного межличностного взаимодействия в терапии едва ли приведет к позитивным поведенческим изменениям.

Еще нужно различать формы активности, которые просто приносят удовольствие и позволяют ощутить мастерство и успех. Некоторым клиентам эта задача дается тяжелее; им нужно помочь разобраться, используя примеры из их жизни. Например, к действиям, приносящим удовольствие, можно отнести употребление хорошей еды, покупку для себя розы на длинном стебле, прослушивание любимой музыки, просмотр телешоу, чтение развлекательной литературы или журналов (своего рода «конфетки для ума»). Существуют целые списки приятных занятий, например Расписание приятных событий (MacPhillamy & Lewinsohn, 1982) или Каталог веселых дел (его можно купить на сайте Австралийского центра клинических интервенций www.healthywa.wa.gov.au/Healthy-WA/Articles/F_I/Fun-activities-to-help-improve-your-mood). Некоторые из описанных занятий могут не только служить цели получения удовольствия, но и способствовать расслаблению или улучшению концентрации. К видам деятельности, дающим ощущение

мастерства, можно отнести 10-минутную физическую тренировку, приготовление полезной еды на обед, стирку вещей, оплату счетов или выполнение домашнего задания для психотерапии. Многие виды деятельности объединяют оба аспекта — и удовольствие, и ощущение мастерства. К таким можно отнести общение с друзьями по телефону, игру с детьми, просмотр образовательного телешоу, организацию загородной прогулки. Один из авторов этой книги (К. Д.) часто использует пример приема пищи: чтобы приготовить еду, нужно сначала решить, что готовить, купить необходимые продукты и приготовить блюдо; все это дает ощущение мастерства, а употребление приготовленной еды приносит удовольствие. В то же время чистка ванной даст только ощущение мастерства, а употребление качественного шоколада — одно удовольствие.

Хотя виды деятельности, позволяющие ощутить мастерство или получить удовольствие, часто используются в поведенческой терапии, не забывайте, что процессы мониторинга и планирования актуальны и в контексте других действий (Farmer & Chapman, 2008). Например, если, составляя концептуализацию, вы определили, что социальные взаимодействия существенно влияют на настроение клиента, можете оценивать частоту социальных событий в его жизни, планировать их и изучать влияние на эмоциональное состояние и функционирование клиента. На наш взгляд, отслеживание и планирование может осуществляться в отношении любых форм поведения. Увеличение количества любых полезных или приятных действий, скорее всего, приведет к улучшению настроения клиента и укреплению ощущения самоэффективности. А какие именно сферы выбирать в качестве целевых, зависит от концептуализации.

Создайте для клиента список простых конкретных действий. Если кому-то будет сложно придумать действия для поведенческой активации, поинтересуйтесь, что приносило человеку удовольствие в прошлом. Некоторые клиенты при обсуждении говорят, что могли бы кому-то помочь; возьмите это предположение за основу для дальнейшего обсуждения и соберите идеи о том, что полезного они могли бы сделать. Имеет смысл также составить список действий продолжительностью около 10 минут, которые можно совершить не выходя из дома. Внимательно относитесь к возможным препятствиям для осуществления поставленной цели, в том числе связанным с затратами и удобством. Так, покупка дешевой фитнес-программы на другом конце города едва ли даст желаемые результаты; намного вероятнее, что у клиента получится раз в день гулять в течение 10 минут. Пусть он делает небольшие шаги, сложность которых увеличивается по нарастающей, и отмечает свои действия

Время	День						
	Понедельник	Вторник	Среда	Четверг	Пятница	Суббота	Воскресенье
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							
12:00							
1:00							
2:00							
3:00							
4:00							
5:00							
6:00							
7:00							
8:00							
9:00							
10:00							
11:00							

Впишите в соответствующую графу основной вид деятельности за указанный час. Если это действие дает вам ощущение мастерства или пользы, впишите рядом с ним букву **М**, если действие приносит удовольствие, впишите рядом с ним букву **У**.

Рис. 6.1. Пример формы для самомониторинга активности

до тех пор, пока те не войдут в привычку. Пусть каждый предыдущий шаг станет фундаментом для следующего. Каждое новое действие должно быть чуть сложнее, чем, по мнению клиента, он способен сделать, но не настолько сложным, чтобы клиент потерпел неудачу. Важно, чтобы завершение каждого нового этапа воспринималось им как успех. Давайте вербальное положительное подкрепление действиям клиента и, если возможно, помогайте ему самому положительно оценивать свои усилия. Старайтесь помогать клиентам интернализировать функцию поощрения за завершение поведенческого задания (например, хвалить себя). Предлагайте судить об успехе по приложенным усилиям, а не по

результатам. Эта рекомендация актуальна для всех стратегий изменения поведения.

Прежде чем определяться с конкретным поведенческим заданием, убедитесь, что у клиента есть необходимые навыки и ресурсы для совершения запланированных действий. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) работала с клиенткой, которая несколько недель не могла проверить электронную почту, потому что ее компьютер не работал. Она пыталась разобраться, как его починить, так как стеснялась обратиться к мастеру. Специалиста нужно было бы вызвать на дом, а клиентке казалось, что у нее дома хаос и беспорядок. У нее возникали автоматические мысли о том, что мастер ее осудит; однако необходимых технических навыков для самостоятельной починки компьютера у нее не было. Поэтому психотерапевтические интервенции были сосредоточены на приведении дома в порядок, чтобы клиентка смогла, наконец, вызвать мастера и почувствовать себя лучше. На этом этапе лечения ее убеждения, связанные с вероятным осуждением со стороны, не затрагивались; к ним терапевт вернулась позднее. К позитивным последствиям совершения этих действий также относилось получение доступа к компьютеру и интернет-аккаунту.

Для крайне неактивных клиентов и тех, чьи симптомы негативно сказываются на мотивации и уровне энергии, подбирайте задания, содержанием повышающие шансы на успех. Некоторое клиенты говорят, что их активность повысится, когда увеличится мотивация и ощущение энергичности. Покажите им, что мотивация и энергичность являются следствием увеличения активности, а не наоборот. Однако вместо того чтобы спорить с клиентом, используйте этот повод для проведения поведенческого эксперимента. Пусть сам клиент придумает задание, которое позволит проверить, как малое увеличение активности повлияет на уровень энергии, мотивацию и интерес. Предлагайте клиентам оценивать уровень своей энергичности (по шкале от 1 до 10) до, во время и после терапевтической сессии. Можете прямо на сессии предложить клиенту выполнить действие, предполагающее некоторый уровень мастерства, а затем оценить, будет ли различаться его ощущение собственной эффективности до и после встречи. Например, клиент может обучить вас чему-то, в чем разбирается, или продемонстрировать физическое упражнение, которое ему комфортно выполнять. Выполняется это задание с целью продемонстрировать клиенту, что увеличение активности приводит к росту мотивации.

В качестве поведенческого задания на ранних этапах терапии можно предложить клиенту запланировать взаимодействие с членом семьи

или другом за пределами дома. Обычно люди придерживаются договоренностей, заключенных с окружающими. Если клиенту сложно «раскачаться» в начале дня, примите совместное решение перенести следующие встречи на утро. Начинайте выполнять домашнее задание уже на сессии или предлагайте клиенту выполнить одно из заданий сразу после вашей встречи. Когда возможно, используйте сторонние ресурсы, например группы самопомощи и развлекательные программы. В некоторых случаях можно использовать вариант групп дневного пребывания или клубов для людей с психическими расстройствами. На сайте Международного центра развития клубов (International Center for Clubhouse Development website; www.iccd.org) есть список центров, находящихся в разных странах по всему миру. Участие в программах таких центров помогает структурировать день и открывает клиентам доступ к другим социальным преимуществам; однако подобные организации больше подходят для клиентов с тяжелыми и продолжительными психическими расстройствами. Многим также помогает волонтерская деятельность по несколько часов в неделю: это позволяет структурировать время, почувствовать себя продуктивным и эффективным человеком. Можно предлагать клиентам посещение Meetup-групп (www.meetup.com), которые объединяют людей из местных сообществ с похожими интересами и хобби. Некоторые из них создаются специально для людей с психическими расстройствами (например, социофобией или ОКР) и могут стать хорошим подспорьем для социально изолированных людей, особенно если они живут одни.

С клиентами, которым трудно справиться с неактивностью или завершить определенное задание, можно заключить контракт сопряженности. В ходе этой процедуры клиент соглашается выполнить задание, чтобы взамен получить какие-либо сопряженные обстоятельства или результаты. Этот контракт может быть как письменным, так и устным, заключаться между клиентом и терапевтом или клиентом и близким другом. Самопоощрение по итогам выполнения задания тоже способно стать его компонентом. Такие методики стоит использовать лишь в случае, когда клиент, на ваш взгляд, обладает достаточной степенью самоконтроля для их успешного применения. Часто неактивные люди склонны поощрять себя неразборчиво (например, нездоровой едой или длительным просмотром телепрограмм), а затем испытывать чувство вины за это. Поэтому следите, чтобы подкрепление соответствовало заданию и было для клиента действительно желанным, а также чтобы имелись ресурсы и способности его обеспечить. Обычно поощрением, контролируемым не самим клиентом, а кем-то или чем-то другим (на-

пример, компьютерным приложением), проще управлять, и в итоге оно оказывается эффективнее самопоощрения.

Деятельность, направленная на ощущение мастерства, часто оказывается важнее и полезнее, чем просто приятные действия. Хотя приятные занятия могут на время улучшить настроение, ощущение мастерства влияет не только на эмоциональное состояние, но и на восприятие самооффективности и позволяет постепенно скорректировать убеждения человека о себе. Когда клиент выполняет задание, которое казалось ему невыполнимым, он получает неопровержимое доказательство своей компетентности! В такой ситуации выше вероятность, что он припишет успех себе, а не обстоятельствам, в результате чего по завершении деятельности, направленной на формирование ощущения мастерства, почувствует больший контроль над происходящим. Кроме того, клиент выполнит действие, которое и так требовалось совершить (например, оплатит счета или позвонит кому-либо). После выполнения нескольких таких заданий перестанет казаться, что их слишком много и они чересчур сложны.

Многие клиенты жалуются на прокрастинацию, особенно в связи со сниженной энергичностью, мотивацией или плохим настроением. В таких случаях полезно заранее прописывать небольшие конкретные шаги или использовать правило «антипрокрастинации», как делает одна из авторов этой книги (Д. Д.). Правило предполагает, что перед началом выполнения конкретного задания клиент ставит таймер на 10 минут, по истечении которых *прекращает* начатое. Такой подход увеличивает вероятность того, что клиент возьмется за дело и ему не будет казаться, что задача слишком сложная. Действие, занимающее всего 10 минут, обычно воспринимается как выполнимое, поэтому в инструкции к нему следует проговорить, что продолжать выполнение задания после того, как прозвонит будильник, нельзя, хотя многим захочется. При использовании данной стратегии нужно выбирать задания, которые легко завершить или в значительной степени выполнить за короткий период времени (например, совершить телефонный звонок, вымыть раковину, разобрать посудомоечную машину). Стратегия также помогла клиентке, которая прокрастинировала над написанием магистерской работы: сама мысль об объеме стоящих задач действовала на нее подавляюще. Но стоило посвятить буквально 10 минут открытию файлов, организации статей на компьютере и планированию расписания работы, как тревога отступала.

Каждую неделю оценивайте прогресс, добавляйте новые шаги и стратегии, к использованию которых подталкивает концептуали-

зация. Лишь немногим клиентам требуется больше двух-трех недель планирования активности, чтобы вернуться в нормальную колею; исключение составляют люди с тяжелой депрессией или склонностью к хронической пассивности. Переходя к другим психотерапевтическим стратегиям, убедитесь, что клиент сохраняет достигнутый уровень активности. Иногда полезно возвращаться к ее ежедневной оценке.

Тренинг навыков и практика

Обучение многим навыкам в когнитивно-поведенческой терапии выходит за пределы предоставления информации в контексте психобразования. Представьте себе, какие тренинговые занятия можно было бы провести:

- Для клиентов со слабо развитыми коммуникативными навыками. Тренинг коммуникативных навыков является одной из важнейших составляющих профессионального репертуара психотерапевта. У некоторых клиентов необходимые навыки есть, но они стесняются их применять, а потому от возможности их отработать, полезных предложений и обратной связи со стороны специалиста получают лишь пользу.
- Для клиентов, которым трудно расслабиться.
- Для клиентов с дефицитом навыков, связанным с проблемой, по поводу которой они обратились за психотерапией и в развитии которых вы не являетесь экспертом. Скажем, если к вам обратится клиент с фобией вождения, который сомневается в своих водительских навыках, направьте его к соответствующим специалистам. В идеале — помогите найти преподавателя, который отнесется к проблемам клиента с пониманием.
- Для клиентов, у которых возникают трудности с заботой о себе и образом жизни, например структурированием дня, физической активностью, питанием и режимом сна. Вы как психотерапевт можете им разобраться с поведенческими и когнитивными аспектами проблем и в случае надобности перенаправите к другим специалистам (например, к диетологу).
- Для клиентов, столкнувшихся с разными сложностями и ощущающими дефицит навыков решения проблем.

Тренинг коммуникативных навыков

Термины *тренинг коммуникативных навыков*, *тренинг социальных навыков* и *тренинг асертивности* используются в учебниках и руководствах практически как синонимы. Эти интервенции неоднократно исследовались и по-разному применялись в поведенческой терапии, а теперь при необходимости используются и большинством когнитивно-поведенческих психотерапевтов.

Очевидный дефицит социальных навыков может возникнуть по ряду причин; разбираться в них и оценивать стоит по мере столкновения с ними. Некоторым клиентам действительно не хватает навыков, вероятно, по причине недостаточной социализации для успешного разрешения межличностных ситуаций, в которых они оказываются. Тем не менее чаще всего у клиентов имеются достаточно хорошо развитые социальные навыки, и в некоторых ситуациях им удастся эти навыки использовать; хотя они лишаются дара речи при взаимодействии с определенными группами людей, например с авторитетными лицами или потенциальными романтическими партнерами, перед аудиторией слушателей или в конфликтных ситуациях. Следовательно, главным барьером для применения имеющихся навыков является тревога или конкретные негативные предсказания (например, «Я не понравлюсь окружающим, они будут злиться» или «Меня отвергнут»), а не недостаток навыков как таковой. Бывает сложно провести границу между истинным дефицитом межличностных навыков и тревогой, которая мешает социальному самовыражению, особенно в ситуациях, когда клиентам свойственны обе эти проблемы. Не забывайте, что многие переживают из-за своего тревожного расстройства и сложностей в отношениях с другими людьми. Боязнь отвержения, конфликтов и демонстрации уязвимости свойственна многим людям и часто встречается у наших клиентов. Важно затрагивать этот вопрос в терапии, ведь качественно общаться мешают как недостаток навыков, так и тревога, а результат один — социальная изоляция, недостаток возможностей для достижения жизненных целей, снижение ощущения самооценности.

Проведение тренинга коммуникативных навыков едва ли связано с какими-либо рисками (кроме разве что потери времени), зато открывает шанс пожинать плоды развития социальных навыков и их отработки на сессиях. Практические занятия могут использоваться как для дальнейшей оценки навыков, так и для повышения социальной уверенности клиента и получения им необходимого опыта. Некоторым людям не удалось сформировать необходимые навыки,

так как они росли в плохо организованной или бедной среде, столкнулись с серьезным заболеванием (психическим или физическим) в детстве либо подростковом возрасте, были длительное время склонны к избеганию, не сформировали «социальный интеллект» и посему демонстрируют нечувствительность к сигналам и непрямой обратной связи от окружающих. Реже недостаток социальных навыков связан с клиническими проблемами, например шизофренией или расстройствами аутистического спектра, прямо влияющими на способность обрабатывать социальные сигналы и вести себя приемлемым образом. Таким клиентам помогают базовые тренинги навыков (они особенно хороши, если ваша работа ориентирована на укрепление социальной поддержки и уменьшение социальной изоляции).

Тренинг коммуникативных навыков включает в себя теоретическое обучение и практическую отработку основных вербальных навыков, в том числе умения начинать разговор, поддерживать светскую беседу, менять тему, отвечать на запросы и завершать общение. Кроме того, тренинг подразумевает отработку невербальных навыков: использования подходящей скорости и содержания речи, управления громкостью голоса, выявления и устранения привычных, но излишних речевых частей вроде «эм» и вздохов. К невербальному аспекту коммуникации также относится регулировка тона голоса таким образом, чтобы он отражал настроение и намерения говорящего (например, задает он собеседнику вопрос или обвиняет его). Тренинг коммуникативных навыков может включать в себя отработку языка тела: физического приближения к собеседнику, управления выражением лица и жестами. Многие люди не отдают себе отчет в том, какие коммуникативные паттерны используют в повседневной жизни по привычке, автоматически. В табл. 6.1 перечислены возможные темы для занятий по развитию социальных навыков, которые можно использовать в индивидуальной и групповой работе.

Как правило, базовые навыки у клиентов развиты в достаточной степени, а проблемы возникают в более продвинутом их применении, например, когда нужно проявить асертивность или отстоять свои интересы в конфликте. Сложности также могут возникать при романтическом общении, связанном с ощущением уязвимости и ассоциирующимся с возможными последствиями близости. Такие чувства нередко приводят к тому, что клиентам сложно разрешать проблемы в отношениях, и из-за их бездействия ситуация со временем ухудшается.

Таблица 6.1. Список упражнений на развитие социальных навыков

1. Навыки слушания: отслеживание и запоминание сказанного собеседником.
 2. Навыки слушания: что такое перефразирование?
 3. Навыки слушания: переход от темы к теме (как продолжать общение).
 4. Навыки самораскрытия: какое самораскрытие допустимо, а какое нет?
 5. Навыки слушания на практике (пункты 1–4 вместе): задайте вопрос, внимательно выслушайте и перефразируйте ответ, расскажите что-то о себе по теме и перейдите к другой теме.
 6. Упражнения на гибкость: придумать несколько способов кого-то представить, предложить вместе выпить кофе, попросить о чем-либо и т. п.
 7. Знакомства в группе людей: отработайте способы запоминания нескольких имен и способ представиться, кроме называния своего имени.
 8. Что делать, если в процессе социального взаимодействия нечего сказать?
 9. Как справиться с молчанием собеседника: практика и время молчания.
 10. Как выступать перед группой людей (постепенная экспозиция от малой до большой аудитории).
 11. Осознанность в отношении языка тела.
 12. Осознанность в отношении тона голоса.
 13. Осознанность в отношении вокальных особенностей (для пунктов 11–13 крайне важна прямая обратная связь, на словах или в видеоформате).
 14. Умение просить других о чем-либо (от простой просьбы подсказать, куда идти, до более сложных личных просьб).
 15. Умение отказывать (в просьбах от совершенно обосновательных до простых, повседневных).
 16. Умение делать и принимать комплименты.
 17. Умение критиковать и принимать критику.
 18. Умение задавать вопросы в разных условиях (например, в классе или на работе; начать можно с вопросов клиента к вам).
 19. Навыки общения со сложными людьми (например, критикующими, злыми, отвергающими, стыдящими, обвиняющими).
 20. Умение звонить и оставлять сообщения.
 21. Умение приглашать людей куда-либо, например на чашечку кофе или на свидание.
 22. Навыки поведения на собеседовании (помогаем клиентам быть в достаточной степени не краткими).
 23. Совершение разных действий в окружении других людей (например, писать, есть, танцевать).
 24. Поведение в конфликте.
 25. Общение с пассивно-агрессивными людьми.
 26. Умение идти на эмоциональные риски.
 27. Целенаправленное совершение ошибок (например, что-то уронить, оговориться).
 28. Умение видеть и принимать свои несовершенства.
 29. Щедрость: отработка терпимости к ошибкам других людей.
 30. Эмпатия: умение поставить себя на место другого человека и выразить ему сочувствие.
-

В обсуждении эффективной коммуникации едва ли можно выделить абсолютные «хорошо» и «плохо». В разных культурах, возрастных группах, профессиональных средах нормы социального самовыражения могут существенно варьироваться; поэтому нельзя сказать, что определенный образ действий всегда лучше остальных. Мы встречали людей, имевших весьма «странные» социальные привычки и при этом сохранявших очаровательность и привлекательность. Мы как терапевты можем быть убеждены в правильности какого-либо поведения (например, «важно общаться честно и прямо, всегда относиться в другим с уважением»), но в реальной жизни оно не всегда будет эффективным. Обсуждая с клиентами концепцию честности в общении, одна из нас (Д. Д.) предлагает сформулировать цели и задачи социальных взаимодействий. Иногда люди хотят быть честными сами для себя, например, когда в чем-то признаются («Я чувствовал вину за то, что флиртовал, поэтому рассказал обо всем жене»), или руководствуются убеждением в необходимости всегда быть честными с другими. В обсуждении данного вопроса можно использовать пример «уродливого ребенка»: представьте, что у вашей подруги родился ребенок, внешность которого вам неприятна, но подруга совершенно счастлива, — в чем будет заключаться ценность выражения вашего мнения в такой ситуации? Чтобы не ранить другого человека, руководствуясь намерением быть честным, можно использовать тактичные формулировки. Некоторые клиенты озвучивают негативные убеждения о других аспектах социальных навыков, например, «светские беседы бессмысленны и поверхностны». Анализ мыслей и мнений клиента относительно социальных взаимодействий — важная часть общей оценки уровня развития социальных навыков.

Аналогичным образом в окружении каждого может найтись человек, обладающий относительно узким набором социальных навыков, но в обществе которого тем не менее приятно находиться. К сожалению, в некоторых социальных ситуациях вместо ассертивности люди проявляют агрессию, чтобы добиться внимания к себе или удовлетворить свои потребности. Например, клиент, который громко возмущается в магазине, вряд ли получит такой же уровень обслуживания, как посетитель, ведущий себя уважительно и ассертивно. Обычно мы открыто обсуждаем с клиентами свои представления и ценности относительно социальных навыков. Мы также считаем, что клиентам стоит собрать несколько мнений по теме и обратную связь из разных источников. К одной из авторов этой книги (Д. Д.) однажды обратился клиент,

работавший в строительной сфере; его рассмешили предложения начинать предложения с фразы в духе «Я бы предпочел, чтобы...» или «Мне обидно, когда...» В коллективе строителей мужчину безжалостно затравили бы за использование такой коммуникативной стратегии. Поэтому имеет смысл обсуждать разные типы речи, применимые в разных обстоятельствах, например, при взаимодействии представителей некоторых профессий нормой может считаться обычная форма обращения друг к другу и даже свободное использование лексики, которую другие считают грубой или неуместной. Терапевт и клиент должны вместе найти компромисс и определить стратегии, которые будут эффективными с учетом навыков конкретного клиента и контекста, в которых он эти стратегии собирается применять. По крайней мере, такое обсуждение позволит ему обдумать и сформулировать оптимальные способы выражения своих желаний и потребностей с учетом среды. Зачастую самым важным навыком, которого недостает клиентам, является умение идти на социальные риски и пытаться применять навыки на практике, а не бесконечно их оттачивать. Клиентам приносит большую пользу поощрение действовать методом проб и ошибок, сохраняя интерес к происходящему.

Любая групповая среда помогает при отработке коммуникативных навыков. Если вашему клиенту на хватает базовых социальных умений или практики взаимодействия, подумайте о том, чтобы дополнительно к индивидуальной терапии направить его на тренинг социальных навыков или в группу развития асертивности. Хотя сам психотерапевт может давать клиенту обратную связь, предлагать возможные варианты поведения и давать шанс практической отработки умений, другие участники тренинговых групп позволяют ему получать все это сразу, причем из разных источников. К другим преимуществам групповой работы относятся такие ее типичные факторы, как возможность получить обратную связь от других членов группы, а также ослабление чувства одиночества и ощущения уникальности собственных проблем. В группах также могут создаваться разные возможности для практики: ролевые игры в условиях социального взаимодействия, выступления перед аудиторией. В табл. 6.2 перечислены некоторые методы, подходящие для отработки социальных навыков. Кроме индивидуальной и групповой практики, клиенты также могут изучать качественные книги по теме общения (например, McKay, Davis, & Fanning, 2009; Paterson, 2000).

Таблица 6.2. Методы и стратегии тренинга социальных навыков

1. Используйте психообразовательные материалы (например, McKay, Davis, & Fanning, 2009 — для изучения общих коммуникативных навыков; Paterson, 2000 — ассертивного общения).
2. В ходе оценки и во время наблюдения выделяйте навыки, лежащие в основе проблемы.
3. Давайте клиенту конкретную вербальную обратную связь и приводите конкретные примеры, желательные взятые из наблюдения за ним в ходе сессии.
4. Формулируйте последствия недостаточного развития навыков (например, «Я замечаю, как невольно отключаюсь от общения, когда вы избегаете смотреть мне в глаза» или «Я заметил(а), что, когда вы беспокойно двигаете руками, я сам(а) отвлекаюсь и не всегда могу уследить за вами»).
5. Обсуждайте возможные варианты, озвучивайте предложения (например, «Могли бы вы попытаться начинать предложения с фраз *Я думаю ...* или *Мне кажется ...?*» либо «Попробуйте сделать паузу и дождаться моего ответа на вопрос»).
6. Если возможно, используйте в работе видео. Записывайте небольшие фрагменты, на которых заметно проблемное поведение, а потом давайте клиентам их посмотреть. Собственный вид на видео у многих вызывает тревогу, но такой формат работы позволяет клиентам получать конкретную и пошаговую обратную связь — проще понять, что вы имеете в виду, и легче меняться. Видео можно использовать и при наработке, оттачивании новых навыков, подкреплении усилий клиента. Благодаря цифровым технологиям этот процесс сегодня гораздо более доступный, так как специалисту не нужно возиться с пленкой. Убедите клиента, что после сессии записанные материалы удаляются (если клиент не даст разрешение на их использование в иных целях, например для исследования, обучения и т. п.).
7. Используйте моделирование. Продемонстрируйте разницу между мастерством и кпингом. Клиенты с большей вероятностью позитивно реагируют на терапевта, чьи навыки хотя и несовершенны, но который не боится допустить ошибку или показаться глупым. Кроме того, вероятность того, что клиенты начнут прикладывать усилия, повысится, если они получат возможность наблюдать за моделью не экспертности, а компетентности в поведении. Люди ценят специалистов, готовых рисковать во время сессии; это придает решимости идти на риск самим.
8. Не скупитесь на позитивную обратную связь, при этом будьте честны; делайте конкретные предложения, что изменить. Давайте конкретную положительную обратную связь даже клиентам, поведение которых в целом скорее отталкивающее.
9. Используйте ролевые игры: пусть клиент изобразит «эксперта» или примерит на себя роль человека с не свойственным ему арсеналом социальных навыков. Например, робкий и тревожный клиент может почувствовать свободу, изображая громкого, агрессивного персонажа. Едва ли он в итоге сам станет вести себя неподобающе, зато опыт в итоге может оказаться весьма полезным. Поменяйтесь ролями — вы сыграйте клиента. Попробуйте отработать разные типы реакций, чтобы он увидел разницу. Сохраняйте гибкость и старайтесь делать упражнения веселыми. Создайте атмосферу, в которой клиент чувствует вашу поддержку в ситуациях, требующих от него риска.
10. Подкрепляйте старания клиентов, а не идеальный результат. Покажите им, что большинство людей сочувствуют пытающимся и опасаются экспертов. Так, можно вспомнить примеры звезд или политиков, социальные навыки которых восхищают клиента, — пусть он сформулирует, что производит на него впечатление. Зачастую выясняется, что

Таблица 6.2. (окончание)

восхищение обусловлено не идеально развитыми навыками, а чем-то иным; на основе данного наблюдения можно выстроить обсуждение других позитивных качеств, которые бывают у людей, и формирование более широкого понимания социальной привлекательности.

11. Поощряйте небольшие шаги в выполнении домашних заданий. Пусть клиент применяет один навык зараз, наблюдает и отслеживает результаты. Например: «Потренируйтесь больше смотреть в глаза и чаще улыбаться коллегам. Делайте это три раза в течение дня на протяжении грядущей недели. Посчитайте, сколько раз люди улыбнутся вам в ответ».
12. Отработка социальных навыков открывает простор для поведенческих экспериментов (см. примеры выше), которые позволяют не только отточить необходимые навыки, но и дают шанс оспорить некоторые мысли клиентов (см. главу 8).

Навыки заботы о себе

Забота о себе тяжело дается многим клиентам: иногда им не хватает соответствующих навыков, порой мешают негативные мысли. К недостатку навыков можно отнести неумение организовывать свое время (например, принятие на себя слишком большого количества обязательств или выполнение задач других людей во вред собственным), бессонницу или нарушение режима сна, вредные пищевые привычки, недостаток физической активности, несбалансированный или нездоровый стиль жизни. Большинство психотерапевтов не являются экспертами в каждой из названных сфер. У нас есть навыки, необходимые для корректировки психологической подоплеку формирования перечисленных состояний, но клиенту может потребоваться консультация других специалистов, обладающих специфическими навыками, или обращение к дополнительным ресурсам для получения необходимой помощи. Так, описанный выше самомониторинг способен помочь клиенту выявить мышление в духе «все или ничего» по отношению к физическим упражнениям и, как следствие, способствовать намерению присоединиться к программе регулярной физической активности. Психотерапевт также может помочь клиенту поставить SMART-цели, заранее определить вероятные препятствия на пути, разобраться с мешающими мыслями, начать реализовывать и закреплять желаемые формы поведения. В вашей власти направить клиента к специалисту по физической реабилитации или физкультуре — это особенно актуально для тех, у кого есть хронические боли, физические нарушения или проблемы со здоровьем. Некоторых клиентов приходится отправлять на дополнительную психологическую диагностику — для выявления дефицита внимания, возможных нарушений обучаемости и когнитивных функций. Терапевтические страте-

гии могут отличаться, например, при работе с людьми, которые лучше воспринимают информацию визуально, нежели вербально.

Себастиан быстро понял, что у его клиентки Лорен есть дефицит навыков самоорганизации: она не могла содержать квартиру в чистоте и часто теряла раздаточные материалы с терапии. В результате прогресс замедлялся и терапия шла тяжелее, чем рассчитывал Себастиан, что его слегка фрустрировало.

Когда на 9-й сессии Лорен снова пожаловалась, что не смогла организовать выполнение некоторых аспектов домашнего задания, Себастиан решил на какое-то время перевести внимание с содержания терапии на процесс выполнения домашнего задания. Он аккуратно указал клиентке на схему поведения, которую за ней заметил, и попросил ее прокомментировать наблюдение. Лорен сказала, что действительно могла бы назвать себя хронически дезорганизованной, но никогда не понимала, что с этим делать. Они сошлись на том, что данная особенность сама по себе является проблемой, и договорились посвятить сессию обсуждению того, как Лорен стать организованнее, чтобы наконец воплотить на практике другие свои стремления. Они обсудили ряд идей, реализация которых дала свои плоды уже через несколько недель. Среди прочего Себастиан рекомендовал клиентке пройти диагностику когнитивной сферы, результаты которой были интересны и самой Лорен.

Фрустрация Себастиана снизилась после того, как он вынес вопрос на обсуждение. Лорен поначалу стыдилась неорганизованности, но со временем научилась справляться лучше. Психолог, проводивший когнитивную оценку, также дал конкретные рекомендации, которые Себастиан и Лорен применили на практике. И, что самое важное, по мере того, как Лорен превратила эти навыки в привычку, в часть своего стиля жизни, ей стало легче справляться с другими проблемами, которые изначально и привели ее на психотерапию.

Навыки релаксации

Навыкам релаксации обучают в разных местах и условиях: от занятий по аэробике и йоге до программ по управлению стрессом. Учитывая повсеместное распространение подобных занятий, мы не будем подробно обсуждать методы релаксации. Хороший источник необходимой информации — книга Дэвиса, Эшелмана и Маккея (Davis, Eshelman & McKay, 2008).

Большинство терапевтов предпочитают иметь в арсенале несколько подходов к расслаблению, в частности прогрессивную мышечную релаксацию, дыхательные техники, аутогенную релаксацию (трениров-

ку) и упражнения на визуализацию. Некоторым клиентам приносят пользу рекомендации сайтов, где можно скачать аудиофайлы для релаксации. Такие записи полезно отправлять клиенту на электронную почту, чтобы он загрузил аудио себе на смартфон. А делать записи можно в том числе на сессии, пока клиент выполняет упражнения на расслабление.

Внедрение практик расслабления в повседневность рекомендуется всем. Релаксация может быть полезна:

- как практика заботы о себе;
- клиентам, которые легко возбуждаются и трудно успокаиваются;
- как способ снижения физического напряжения с помощью прогрессивной мышечной релаксации;
- как способ расслабления и изучения внутренних ощущений для клиентов, которые всегда «на взводе»;
- для клиентов, склонных к гипервентиляции, паническим атакам и/или паническому расстройству, — одним словом, для тех, кому полезны практики управления дыханием.

Доказательств того, что обучение и практика релаксации увеличивают эффективность экспозиции при тревожных расстройствах, немного (Antony & Swinson, 2000; также см. главу 7 этой книги), но большинство клиентов положительно оценивают их эффект, когда находятся в состоянии напряжения или возбуждения. Наша практика показывает, что клиенты часто сообщают о мгновенных положительных эффектах релаксации на сессии, однако не могут самостоятельно применить навык расслабления, находясь в тревожном состоянии. Данный навык можно подкреплять визуальными или аудионапоминаниями, частой отработкой, а также совмещая релаксацию с действиями, которые клиент выполняет регулярно в течение дня. Например, он может практиковать расслабление до или после того, как примет утренний душ. Эти практики, вошедшие в привычку, с большей вероятностью будут использоваться в более сложных обстоятельствах. Мы намеренно отделяем навыки релаксации от медитации осознанности, потому что многие клиенты (и психотерапевты) их путают. Цель релаксации — достичь мгновенного облегчения, снизить тревогу и напряжение, а практики осознанности ориентированы на развитие осознанности и принятия своего текущего состояния, в том числе переносимости дистресса (см. главу 7). Цели релаксации, поведенческих экспериментов, экспозиционной терапии, осознанности и принятия обобщены на рис. 6.2. Первичные цели у названных практик разные.

Вы, вероятно, удивитесь, если у вашего клиента во время релаксационной сессии случится паническая атака. Однако время от времени люди выдают такие неожиданные реакции: вместо расслабления и отказа от контроля ощущают нарастание напряжения, переживают паническую атаку или диссоциативный эпизод. Уязвимые клиенты во время релаксационных практик и медитация могут испытывать тревогу и панику (Antony & Swinson, 2000; Barlow, 2002). Подобные реакции бывают связаны с ощущением потери контроля, которое усиливается осознанностью в отношении пугающих физических ощущений. Лучше разбираться с такими переживаниями по мере возникновения и подбирать иные практики релаксации, которые помогут клиенту расслабиться прямо на сессии. Обязательно используйте его опыт для оценки процессов, которые привели к возникновению такой реакции. В частности, выделите триггеры (например, конкретные физиологические ощущения), связанные с ростом тревоги. Это поможет лучше понять клиента. Обязательно следите за тем, чтобы релаксация не превращалась в охранительное поведение (см. главу 7), позволяющее минимизировать тревогу при выполнении упражнений на экспозицию.

Интервенция	Первичная цель	Вторичные эффекты
Релаксация	Снижение базовой тревоги/немедленное облегчение состояния	<ul style="list-style-type: none"> ● Развитие новых навыков ● Увеличение самоэффективности ● Возможное снижение эффективности экспозиционной терапии
Поведенческие эксперименты	Изменение убеждений	<ul style="list-style-type: none"> ● Столкновение с избегаемыми ситуациями ● Увеличение самоэффективности ● Развитие новых навыков ● Решение текущих проблем
Экспозиционная терапия	Столкновение с избегаемыми ситуациями	<ul style="list-style-type: none"> ● Увеличение самоэффективности ● Изменение убеждений ● Повышение переносимости дистресса ● Научение / привыкание
Практики осознанности и принятия	Формирование переносимости дистресса / увеличение осознанности в настоящем	<ul style="list-style-type: none"> ● Принятие негативных эмоций и ощущений ● Дистанцирование от негативных эмоций ● Изменение отношений с мыслями ● Принятие решений, более соответствующих ценностям

Рис. 6.2. Цели интервенций

Навыки, связанные со сном

Сложности со сном — одна из самых распространенных проблем, с которой обращаются клиенты; возникать она может и независимо, и как часть симптомокомплекса других психических или физических расстройств. Обычно под бессонницей понимается продолжительное нарушение сна, которое провоцирует возникновение других проблем, например усталости, снижения концентрации и внимания. Проблемы со сном значительно снижают качество жизни, ухудшают настроение и повышают тревожность. Хроническая бессонница (в течение полугода и более) затрагивает примерно одного взрослого из десяти (Carney & Manber, 2009), а с временной бессонницей сталкиваются почти все. Подавляющее большинство клиентов (80–90 %) с депрессией и тревогой и около 90 % клиентов, проходящих восстановление от алкогольной зависимости, сообщают о существенных нарушениях сна (Taylor & Pruiksma, 2014). Опросник для оценки тяжести бессонницы (Insomnia Severity Index; Morin, 1993) — отличный и простой в использовании инструмент, позволяющий оценить серьезность проблемы.

Когнитивно-поведенческая терапия бессонницы (CBT-I) интенсивно исследовалась в последние годы и доказала свою эффективность в качестве краткосрочного лечения (предполагающего около четырех сессий). В отличие от распространенных ранее практик, модификация гигиены сна и связанных с ним привычек оказалась одной из самых неэффективных мер при лечении бессонницы и использовалась как контрольное лечение в исследовании CBT-I (Edinger et al., 2009). В этом рандомизированном клиническом исследовании CBT-I в «дозировке» из четырех сессий сравнивали с соблюдением гигиены сна. В результате участники КПТ-группы продемонстрировали более значимое ослабление убеждений, мешающих здоровому сну, равно как и более значимое ослабление симптомов бессонницы — по сравнению с контрольной группой. Харви с коллегами (Harvey et al., 2014) сравнивали поведенческую терапию (контроль стимулов и ограничение сна) с когнитивной терапией (поведенческие эксперименты, направленные на изменение убеждений, связанных со сном) и комбинированным подходом. Все три формы лечения оказались эффективными; однако последнюю рекомендовали в качестве подхода первого выбора. CBT-I также стала терапией первого выбора при лечении бессонницы, коморбидной с другими психическими расстройствами (Taylor & Pruiksma, 2014).

CBT-I состоит из четырех шагов:

1. *Контроль стимулов.* Создание условий, в которых кровать будет ассоциироваться только со сном или сексом. К этому шагу отно-

сится обучение клиента не заниматься в кровати ничем другим (в том числе не проводить слишком много времени, пытаясь заснуть и переживая, что это не получается; читая или смотря телевизор). Сюда же относится донесение до клиента необходимости вставать, если уснуть за 20–30 минут не удастся; отказываться от дневного сна; следовать режиму сна на выходных и праздниках. По сути, все эти меры направлены на то, чтобы кровать превратилась в стимул, ассоциируемый исключительно со сном.

2. *Терапия ограничением сна.* Этот шаг включает в себя подсчет эффективности сна — процентного соотношения времени, проведенного во сне, и времени, проведенного в кровати (если человек спит 8 часов, а в кровати находится 10 часов, эффективность его сна равна 80 %). Целью терапии является эффективность сна, равная 90 % и выше. Повышение качества сна и снижения количества проводимого в кровати времени усилит желание спать и ощущение сонливости при нахождении в постели, что, в свою очередь, повысит вероятность качественного сна. Для этого может потребоваться ложиться позднее, уже в сонном состоянии, и вставать в оговоренное время. Большинство клиентов, имеющих проблемы со сном, интуитивно поступают ровно противоположным образом: раньше ложатся спать, чтобы «хоть немного отдохнуть», и спят дольше, чтобы «отоспаться», — это самые неэффективные стратегии, которые способны усугубить проблему. Если проводить в кровати меньше времени в состоянии бодрствования, это также помогает переключить контроль стимула.
3. *Когнитивная терапия.* Данный шаг подразумевает оценку убеждений клиента, связанных со сном, а также помощь в конструировании поведенческих экспериментов и ином оспаривании мыслей. Так, клиент бывает уверен, что не сможет нормально действовать в течение дня, если поспит всего 4 часа, а это само по себе является отличной гипотезой для проведения эксперимента (в главе 8 тема поведенческих экспериментов будет раскрыта подробнее). У клиентов могут быть нереалистичные убеждения о сне и последствиях его недостатка. Многие люди имеют привычку беспокоиться, лежа в кровати, а в состоянии усталости и тревоги за сон катастрофические предсказания кажутся еще более устрашающими. Поэтому полезно использовать когнитивные стратегии, снижающие беспокойство, а также покидать кровать при погружении в руминации, чтобы ослабить ассоциативную связь между кроватью и беспокойными мыслями.

4. *Расслабление и гигиена сна.* Этот шаг включает в себя разумные предложения по изменению стиля жизни: например, снижение потребления кофеина и других веществ перед сном, создание оптимальной среды для сна (темнота, тишина и прохлада), использование методов релаксации, а также создание «буферной зоны» — своего рода переходного периода между дневной активностью и сном. Многие современные люди проживают жизнь по расписанию и не выделяют времени на то, чтобы успокоиться перед отходом ко сну, из-за чего и возникают сложности.

Существует ряд отличных источников информации с конкретными инструкциями по СВТ-I для психотерапевтов (Carney & Posner, 2015; Edinger & Carney, 2015; Manber & Carney, 2015) и клиентов (Carney & Manber, 2009).

Навыки решения проблем

В некотором смысле вся когнитивно-поведенческая терапия основана на решении проблем. Мы помогаем клиентам, обратившимся за помощью, увидеть и максимально точно сформулировать свою проблему (проблемы). Затем выстраиваем с ними отношения, основанные на сотрудничестве, и вместе определяем методы, которые используем для решения проблем, а также порядок их применения. В процессе решения проблем мы оцениваем в том числе переживания клиента о недостатках его поведения, мыслей, убеждений. Если он сообщает о таких недостатках или мы видим их со стороны, наша задача — предоставить человеку необходимую информацию и практические меры по устранению трудностей, развитию более адаптивных навыков и их применению в отношении как текущих, так и будущих проблем. Мы используем разные техники, выбор которых связан с индивидуальной концептуализацией каждого случая. В терапию также включается разъяснение формальных навыков решения проблем — это позволяет клиентам эффективнее справляться с трудностями в повседневной жизни.

Хотя когнитивно-поведенческой терапии в целом свойственен формат, ориентированный на решение проблем, нужно понимать, что эта практика *сама по себе* может использоваться как форма лечения (Bell & D’Zurilla, 2009; D’Zurilla & Nezu, 2006). Собраны доказательства, что направленная на решение проблем психотерапия дает существенный эффект для клиентов, страдающих от депрессии и хронических проблем со здоровьем (например, болеющих раком). Данная терапия подразумевает формирование гибких стратегий, которые можно адаптировать под

разные ситуации. Этот пункт допустимо включать в когнитивно-поведенческую концептуализацию: в более общем виде либо как методику обучения клиентов подходам к решению проблем.

Общая модель решения проблем, изображенная на рис. 6.3, демонстрирует: этот процесс начинается с выявления и называния проблемы. Таковой может являться признак или симптом психологического расстройства (например, сниженная мотивация или панические атаки), возникновение психосоциального стрессора (например, критики со стороны родителя или партнера, стресса на работе) или некоей постоянной трудности (например, хронической болезни ребенка). В начале работы психотерапевт и клиент вместе определяют параметры проблемы (например, как часто она возникает, сколько длится, какие триггеры и провоцирующие факторы способствуют ее возникновению, как она обычно разрешается). Чтобы оценить результат работы, важно понять и оценить все аспекты проблемы, прежде чем проводить интервенции.



Рис. 6.3. Общая модель процесса решения проблем

Второй шаг подразумевает ориентирование клиента на разрешение проблемы: ему предлагается представить, что произойдет, если ситуация изменится, а также начать обдумывать возможные действия в направлении стимуляции таких изменений. Клиенту представляется концепция поведенческих экспериментов, его мотивируют отпустить прежние мысли и чувства, связанные с проблемой, особенно те из них, которые связаны с ощущением беспомощности или пассивностью. Вместо этого обсуждаются возможные подходы к решению проблемы. Лучше помочь клиенту не делать сразу заключения об эффективности какой бы то ни было стратегии: стоит отказаться от оценочных суждений, пока не найдены альтернативы. Процесс генерирования возможных решений называется *мозговым штурмом*. На данном этапе психотерапевт подталкивает клиента к реализации принципов количества (придумать как можно больше решений) и качества (придумывать максимально разнообразные решения) при разработке альтернативных стратегий, а также к обсуждению широкого спектра вероятных действий. Некоторым людям сложно генерировать новые идеи; в работе с ними полезно выносить креативные, непрактичные и даже смешные предложения, помогая разглядеть возможные реалистичные альтернативы.

Третий шаг, анализ преимуществ и недостатков, подразумевает последовательную оценку каждого предложенного решения. Ключевым критерием оценки является вероятность того, что в случае корректной реализации решение позволит избавиться от проблемы. Однако необходимо учитывать различные аспекты: возможную стоимость реализации решения, временные затраты, требующиеся на его воплощение силы и т. п. Конечно, рассматривать следует и более трудоемкие решения, потенциально способные помочь клиенту устранить проблему. Процесс основан на сотрудничестве и полностью открыт для клиента; обсуждение вероятных способов реализации разных решений часто является одним из этапов процесса.

Четвертый шаг предполагает выбор оптимальной стратегии, которая должна учитывать всю имеющуюся информацию о клиенте и его ресурсах, а также лучше других предопределять возможные результаты, описанные на третьем шаге. Необходимо обсудить действия, связанные с применением данной стратегии, в том числе: когда и как клиент начнет это делать, насколько долго будет продолжать и т. п. Если надо, можно дать клиентам, которые по результатам обсуждения не ощущают уверенности в своих силах, соответствующие инструкции или объяснения вероятных способов применения выбранной стратегии. Иногда полезно начать отработку навыков прямо на сессии, а также разбивать

общую стратегию на последовательность малых шагов, которые могут быть выполнены в запланированном порядке. После выбора стратегии ее применение становится для клиента домашним заданием; постарайтесь убедиться, что он собирается выполнить все, как вы договорились, не забудет о самомониторинге, оценке себя как основного действующего лица в процессе изменений и о том, что нужно хвалить себя за приложенные усилия. Обязательно проговорите, что, даже если клиент справится со всем идеально, применение стратегии может не привести к желаемым результатам, поэтому поощрения заслуживает именно приложение усилий, а не результат. Необходимо подталкивать клиентов к восприятию усилий и попыток решить проблему как к важной составляющей итогов работы.

Пятый шаг — совместное оценивание реально достигнутых результатов. Если проблема разрешилась, клиент и психотерапевт переходят к следующему вопросу, используя достигнутый успех как фундамент. Если же проблема осталась, решена частично или ее суть изменилась в процессе выполнения задания, клиент вместе со специалистом могут вернуться к началу, переоценить проблему и стратегии и использовать их в дальнейшем. Выполнить этот шаг зачастую просто: в ходе предыдущего мозгового штурма были предложены разные решения, которые можно рассмотреть снова. Кроме того, клиент наверняка чему-то научился благодаря текущим действиям, и ему пришли в голову новые идеи. Наш опыт показывает, что для первой попытки применения навыков по решению проблем стоит использовать субоптимальные решения, которые проще воплотить в жизнь; тогда далее можно обсудить шансы использования более сложных и одновременно более эффективных альтернатив.

Как мы писали выше, модель решения проблем — в определенном смысле метафора для когнитивно-поведенческой терапии в целом; специалистам рекомендуется ориентироваться на данный подход, работая с любыми проблемами клиентов. Тем не менее, проводя индивидуальную терапию, можно обсуждать эту модель с клиентом открыто или не делать этого. На наш взгляд, прохождение описанных выше шагов является основополагающим элементом разрешения трудностей многих клиентов; но чтобы использовать этот метод на практике, им необязательно знать, как называются отдельные составляющие. Тем не менее некоторым клиентам (особенно тем, кто испытывает трудности с самоорганизацией или имеет ограниченный спектр копинг-стратегий) может быть полезно потратить время и усилия на формулирование универсальной модели решения проблем, а после переходить к ее применению в конкретных ситуациях.

Клиентка по имени Джулия, 41 года, обратилась к психотерапевту с жалобами на несколько проблем, связанных с чрезмерным чувством ответственности за жизнь мужа и двух своих детей-подростков. Для начала они со специалистом прояснили, какими ценностями Джулия руководствуется по жизни (например, развитие независимости в детях), отработали навыки ассертивного поведения, сформулировали личные цели и список необходимых для их достижения действий. Одним из важных стрессоров для клиентки являлось хроническое (но не смертельное) заболевание матери; Джулия очень хотела помогать ей, но не могла, так как та какое-то время назад вышла замуж и переехала в другой город. Отношения с новым отчимом у Джулии складывались не лучшим образом: он настаивал, чтобы та приехала к ним в Балтимор и ухаживала за матерью, позволив ему отдохнуть. Джулия не представляла, как это осуществить, учитывая потребности ее собственной семьи и ответственность за выполнение профессиональных задач (она работала неполный день).

Психотерапевт заметила, что ситуация дает отличную возможность потренироваться в применении навыков решения проблем. Она описала типичный процесс решения любой проблемы (рис. 6.3), при этом, где возможно, провела параллели с ситуацией Джулии. После этого они сосредоточились на выявлении конкретных трудностей. В результате было сформулировано несколько проблем, источником которых являлись разные люди:

- У самой Джулии имелась проблема с излишним чувством ответственности и вины в ситуациях, когда она «не выполняла» обязательства (с этим клиентка училась справляться).
- Другая проблема Джулии связана с болезнью матери, которой мог понадобиться более интенсивный медицинский уход.
- Проблемой ее матери была необходимость учиться справляться с хроническим заболеванием.
- Проблемой ее отчима стало желание отдохнуть от забот о жене.

В процессе обсуждения выяснилось, что для Джулии все проблемы были так или иначе связаны с разными уровнями ответственности и разными эмоциями. Клиентка отметила, что для нее особенно полезным было проговорить, какие проблемы относятся непосредственно к ней, а какие — к другим людям, затем назвать вероятные способы решения. В результате обсуждения с психотерапевтом было принято решение, что Джулии следует предпринять следующее:

- Поговорить с отчимом, проявляя ассертивность; объяснить, что приехать она не может, а значит, ему придется найти альтернативный способ обеспечить жене необходимую медицинскую помощь, когда он будет вне дома, или взять перерыв, посвященный заботе о себе. Джулия также решила мотивировать его на более долго-

срочное планирование в вопросах заботы о здоровье его жены и ее матери.

- Поговорить с мужем и детьми, а также со своим работодателем: объяснить ситуацию, в которой оказалась ее мама, и предупредить, что в ближайшее время ей может потребоваться уехать, чтобы помочь матери.
- Поговорить с матерью о том, как Джулия собирается ей помогать, и объяснить, что приехать сразу она не может. Уговорить мать и ее нового мужа рассмотреть другие варианты получения необходимой помощи.
- Начать планировать поездку в Балтимор всей семьей на следующих каникулах, чтобы проведать мать и отчима.

Джулия согласилась продолжить тренироваться решать проблемы, связанные с ее избыточной ответственностью за других, а также заниматься ассертивной заботой о самой себе.

Еще важно отметить, что модель решения проблем не прописывает стратегии, которые нужно использовать. Приемлема любая стратегия, облегчающая или разрешающая проблему. Обычно стратегии сосредоточены на внешних (например, отношениях или стрессорах из реальной жизни) или внутренних проблемах (например, симптомах или эмоциональных трудностях). Для решения проблем разного типа подходят разные методы (табл. 6.3).

Таблица 6.3. Типичные стратегии решения проблем

Копинг-навыки, сфокусированные на проблеме	Копинг-навыки, сфокусированные на эмоции
<ul style="list-style-type: none">● Тренинг коммуникативных навыков● Нарботка навыков поиска работы и прохождения собеседований● Развитие навыков родительства и воспитания● Тренинг развития финансовых навыков (или повышение финансовой грамотности)● Повышение уровня образования● Тренинг навыков разрешения конфликтных ситуаций● Укрепление социальной поддержки● Развитие навыков самопомощи● Развитие межличностных компетенций	<ul style="list-style-type: none">● Когнитивная реструктуризация● Методы релаксации● Структурирование повседневных дел● Позитивные ментальные образы● Стратегии поведенческого самоконтроля● Встреча с пугающими ситуациями● Физические упражнения● Позитивные или копинговые утверждения о себе● Стратегии нормализации сна● Эмоциональное дистанцирование и умение взглянуть на происходящее в перспективе

В конце концов, лишь от вас и клиента зависит, как будут проходить и к чему приведут поиск, выбор и отработка стратегии применения оптимального метода решения, так как данный процесс глубоко индивидуален. Наконец, обратите внимание на то, что вам необязательно отслеживать применение клиентом всех выбранных стратегий. Например, если обратившийся за помощью человек жалуется в первую очередь на финансовые трудности, консультация со специалистом по финансам может дать гораздо больший эффект и в целом быть более уместной, чем продолжительное посещение психотерапевта.

СЛУЧАЙ СТИВЕНА Р., продолжение

После предыдущей сессии, на которой Стивен согласился отслеживать свои повседневные действия и перезвонить в отдел кадров на работе, он оставил психотерапевту сообщение об отмене следующей встречи. В сообщении говорилось о том, что прогресса он не добился и не видит смысла приходить, пока не выполнит заданное домашнее задание. Терапевт перезвонила Стивену, и тот неохотно подошел к телефону лишь после того, как его позвала жена. Психотерапевт сказала Стивену, что важно приходить на сессии независимо от степени выполнения домашнего задания, чтобы выявлять барьеры и проблемы, которые мешают его выполнить. Стивен говорил застенчиво и раздраженно, но все же согласился не отменять следующую сессию.

Когда они с психотерапевтом увиделись в следующий раз, у Стивена с собой был заполненный Дневник активности; он также оставил сообщение в отделе кадров. Скрепя сердце Стивен признал, что специально позвонил после конца рабочего дня, чтобы ему точно никто не ответил. В повестку дня на этот раз вошло обсуждение отмены сессии и реакция Стивена на терапию и домашние задания в целом.

Стивен выразил согласие с тем, что на сессии стоит приходить, даже если домашнее задание не выполнено или если после его выполнения не удастся достичь ожидаемого результата. Он сообщил, что в целом относится к терапии скорее позитивно и считает, что все идет хорошо. Следующие несколько сессий были посвящены разбору его повседневных дел и отношений между его поведением и эмоциями. Постепенно психотерапевт начала выявлять автоматические мысли Стивена, возникавшие в разных ситуациях: например, связанные с избеганием работы и мыслями о необходимости выходить из дома в течение дня. Так как когнитивно-поведенческая модель обсуждалась ранее, психотерапевт старалась многократно указывать на связь между избеганием и негативным настроением, а также улучшением настроения и укреплением ощущения самоэффективности в результате активного взаимодействия. На сессии Стивен казался раздраженным

и высказал недовольство тем, что терапевт «говорит очевидные вещи», и если бы Стивен знал, как жить по-другому, он бы давно это сделал. Кроме Дневника активности, Стивен получил задание отслеживать и оценивать, насколько разные виды действий вызывают у него ощущение удовольствия и мастерства. Вместе с психотерапевтом они составили список возможных и доступных для Стивена действий, которые могли бы дать ему ощущение мастерства. Среди прочего туда вошли разговор с представителем отдела кадров, уборка листьев на заднем дворе, чистка машины пылесосом и оплата счетов онлайн. В конце обсуждения они пришли к тому, что выполнение этих действий станет для Стивена домашним заданием на грядущую неделю. На основании этого психотерапевт выписала Стивену Рецепт изменений (рис. 5.1).

На следующих сессиях психотерапевт начала обсуждение составляющих навыков эффективного и прямого общения, которые связывала напрямую с рабочей ситуацией Стивена. Она внесла несколько предложений о том, как он мог бы общаться эффективнее, и спросила его, что он сам думал о возможном разговоре с менеджером. Стивен предположил, что общение с руководством привело бы к тому, что с него тут же потребовали бы вернуться на работу и он лишился бы выплат по временной нетрудоспособности. Более того, Стивен полагал, что коллеги выразят недовольство его длительным отсутствием, сочтут ленивым и бездельником. Кроме руководителя отдела кадров, никто не знал, почему Стивен так долго отсутствовал на работе, и он не планировал никому рассказывать. Психотерапевт не стала предлагать альтернативные мысли или оспаривать его предсказания, а просто спросила, уверен ли он, что произойдет именно так. Стивен понял: нельзя знать наверняка, о чем подумают другие и что случится в будущем, в том числе с его страховым пособием по временной нетрудоспособности. После обсуждения коммуникативных навыков, которые Стивен мог бы использовать, он и психотерапевт разыграли по ролям телефонный разговор с сотрудником отдела кадров: Стивен тренировался задавать вопросы по поводу выплат и о том, когда ждали его возвращения на работу, какие документы могли понадобиться для продления отпуска и сохранения выплат.

На следующей сессии Стивен сообщил, что связался с отделом кадров: оказалось, в прошлый раз сотрудница звонила, чтобы узнать, как он себя чувствует, и напомнить о необходимости заполнить несколько форм. Он понял, что его предсказания не оправдались. Стивен выполнил несколько дел по дому и навел порядок во дворе, после чего его самочувствие слегка улучшилось. Убрав задний двор, он решил заодно привести в порядок лужайку перед домом, но его заметила соседка и завела разговор. Стивен быстро ощутил тревогу, прервал беседу и ушел в дом. Психотерапевт уточнила, как это взаимодействие повлияло на настроение Стивена; он ответил, что быстро ощутил разочарование и раздражение в отно-

шении себя и соседки. Затем они обсудили отношения между типами копинга, связанными с избеганием сложных ситуаций, и столкновением с ними в контексте депрессии (рис. 7.2 в следующей главе). Стивен понял, почему сложности с избеганием не только укрепляли его тревогу, но и ухудшали настроение, заставляли его чувствовать себя менее эффективным человеком. Он согласился в качестве домашнего задания вернуться к уборке листьев на газоне перед домом, а также заговорить с соседкой, если та будет проходить мимо. Он составил план такой беседы и заранее продумал ответ на вероятный вопрос о том, почему остается дома в рабочее время.

Глава 7

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ РАБОТА. СНИЖЕНИЕ ИЗБЕГАНИЯ

Большинство людей стремятся по возможности избежать дискомфорта, пугающих ситуаций, конфликтов и иных сложностей. Избегание помогает уменьшить количество неприятных переживаний в краткосрочной перспективе, но усугубляет положение в долгосрочной. В этой главе мы рассмотрим экспозиционную терапию и способы максимизации ее эффективности, в частности идентификацию, разумное использование и снижение распространенности охранительного поведения. Изучим концепцию осознанной экспозиции и обсудим, как помогать клиентам выносить и принимать обычно избегаемые эмоции, мысли и ситуации. Мы также расскажем об использовании поведенческой активации для сокращения избегания при депрессии.

Как было отмечено в главе 6, поведенческая терапия направлена либо на развитие навыков, увеличение знаний и действий, способствующих достижению изменений, либо, что не менее важно, — на сокращение избегания и форм поведения, связанных с самоуничижением и другими сложностями. Это разделение весьма условно и в некоторой степени искусственно, так как поведенческие и когнитивные аспекты терапевтических изменений существенным образом пересекаются, да и сугубо поведенческие стратегии бывают разных типов. Существует взаимодействие между всеми компонентами терапии, которое, как мы надеемся, приводит к терапевтическому результату большему, чем сумма его частей. Исследователи пытаются выделить эффективные компоненты психотерапии, чтобы определить относительную эффективность каждого, но это сложная задача. Клиническим специалистам редко удается предсказать, какая стратегия окажется более эффективной или полезной для конкретного клиента. То, что работает для среднестатистического участника рандомизированного клинического исследования,

может быть неэффективным для вашего клиента. Поэтому результаты рандомизированных исследований помогают выстроить возможные стратегии вмешательства, а концептуализация клинического случая позволяет выбирать интервенции, которые с большей вероятностью принесут пользу.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ИНТЕРВЕНЦИИ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА СНИЖЕНИЕ ИЗБЕГАНИЯ

Профессиональные когнитивно-поведенческие психотерапевты знают, как работать с избеганием в контексте терапевтических сессий и за их пределами. Стремление избежать неприятных эмоций, переживаний, мыслей, воспоминаний, ощущений и ситуаций для нас совершенно естественно, вне зависимости от специфики проблем. Избегание — центральный элемент всех тревожных расстройств и избегающего расстройства личности; оно встречается в симптоматике большинства психических расстройств и неклинических проблем. Клиенты могут прокрастинировать, вместо того чтобы решать проблемы на работе, откладывать приглашение привлекательного человека на свидание, поиск новой работы или любые другие изменения, даже если в долгосрочной перспективе пугающие действия могут привести к существенным позитивным улучшениям или изменениям. Любые перемены подразумевают своеобразное «перетягивание каната» между поддержанием статус-кво и риском, а избегание рисков свойственно многим людям. Оно снижает тревогу в краткосрочной перспективе, однако усиливает и поддерживает ее в долгосрочной. Избегание подкрепляет и иные проблемы, которые в конце концов заставляют человека обратиться за психотерапевтической помощью, а также приводит к снижению самооценки и усилению негативных эмоций: подавленности, вины, разочарования в себе. Когнитивно-поведенческая психотерапия — подход, ориентированный на изменения; следовательно, снижение избегания является главным компонентом буквально всех интервенций. Существует два типа поведенческих интервенций, направленных на избегающее поведение, — экспозиция и поведенческая активация.

Все когнитивно-поведенческие психотерапевты должны понимать, что их клиенты могут избегать разных вещей. Избегание порой выражается подспудно: в виде уклонения от определенных тем, эмоциональных состояний или воспоминаний во время сессии. Оно встречается дейст-

вительно часто, намеренное и нет, реализуемое через юмор, отвлечение или смену темы. Итак, пришло время заняться обсуждением одной из главных интервенций — экспозиции.

Вероятно, экспозиционная терапия — самая эффективная стратегия в репертуаре когнитивно-поведенческих специалистов. Тем не менее ее используют недостаточно часто: психотерапевты применяют экспозицию намного реже, чем предлагается в эмпирической литературе. Это может быть связано с мыслительными искажениями в отношении использования. Более подробно мы разберем данный вопрос во врезке «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии».

МИФЫ О КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

«Я слышал, что экспозиционная терапия эффективна — психотерапевты заставляют клиентов делать то, чего те больше всего боятся. Вы будете действовать так же?»

«Экспозиционная терапия может усугубить проблемы моих клиентов, не приводя к улучшению, так что я не хочу рисковать».

«У меня нет времени на организацию экспозиции с клиентами».

Фрайхайд, Вай, Суон и Кеди (Freiheit, Vye, Swan, & Cady, 2004) расспросили психологов, имевших звание кандидата наук и регулярно работавших с тревожными клиентами, о методах, которые те использовали в работе. Большинство респондентов (71 %) сообщили, что придерживаются когнитивно-поведенческого подхода. 70 % из когнитивно-поведенческих терапевтов заявили, что для лечения панического расстройства используют когнитивную реструктуризацию, 71 % — релаксационный тренинг и лишь 12 % — интероцептивную экспозицию. При работе с социальной тревожностью 69 % использовали когнитивную реструктуризацию, 59 % — релаксационный тренинг, всего 31 % — экспозицию *in vivo*, организованную самим пациентом, и 7 % и 1 % соответственно — экспозицию под руководством психотерапевта и в группе. В общей сложности 26 % участников исследований сказали, что никогда не используют экспозицию и предотвращение реакции при работе с обсессивно-компульсивным расстройством. Эти результаты показывают, что, несмотря на осведомленность психотерапевтов о наличии эмпирических доказательств эффективности экспозиции для лечения тревожных расстройств, в своей практической деятельности они предпочитают применять другие стратегии.

Хембри и Кэхилл (Hembree and Cahill, 2007) опубликовали работу, посвященную распространению экспозиции, а также препятствиям, которые мешают использовать данный метод на практике. Решение об отказе

использовать экспозицию принимается по ряду причин. Среди них — тревога самого специалиста, особенно при работе с клиентами, имеющими высокую степень избегания или тревожности либо травматический опыт и посттравматическое стрессовое расстройство. Зачастую переживания специалистов связаны с негативными предсказаниями о возможной ретравматизации клиентов или ухудшении симптомов. Избегать экспозиции в психотерапии легко, особенно когда клиенту не хочется встречаться лицом к лицу со своими страхами. Будьте внимательны к собственным когнициям по мере проведения экспозиционной терапии, заменяйте негативные предсказания подходом «подожди и увидишь». В начале работы с клиентом можете смоделировать качественный подход к экспозиционной терапии обоснованием из фактических данных. Добившись определенных успехов, вы, вероятнее всего, обнаружите со временем, что увереннее и охотнее будете применять экспозицию.

Подводя итог, можно сказать, что нет никаких доказательств того, что экспозиционная терапия усиливает симптоматику клиентов или связанные с ней явления (например, декомпенсацию), но есть существенные доказательства обратного (Richard & Gloster, 2007). На самом деле риски неполучения клиентами эффективного лечения гораздо выше.

Экспозиционная терапия

Интервенции, основанные на экспозиции, — один из самых изученных и эффективных компонентов КПТ, который часто используется в том числе как самостоятельная форма терапии (Abramowitz, Deacon & Whiteside, 2011; Farmer & Chapman, 2008; Richard & Lauterbach, 2007). Она предполагает непосредственную встречу с пугающим стимулом, чтобы достичь эффекта привыкания к физиологическим проявлениям тревоги, страха, а также формирования почвы для нового научения. В прошлом экспозицию часто использовали вместе с ее альтернативой (например, релаксацией) или копинг-поведением (например, разговором с самим собой). Однако эти шаги не всегда нужны и потому не всегда совершаются.

Механизм достигаемых в процессе экспозиции изменений связан не с торможением оригинальной связи безусловного и условного стимула, а с новым научением (Craske, Treanor, Conway & Zbozinek, 2014; Hermans, Craske, Mineka & Lovibond, 2006). Много десятилетий рекомендовалось проводить экспозицию постепенно и систематически, на протяжении длительного периода времени. Такой подход стимулирует научение по мере постепенного угасания в ходе экспозиционной сессии свойственных клиенту паттернов избегания. Однако новые исследования показывают,

что некоторым из этих рекомендаций следовать необязательно. Например, Кирчански с коллегами (Kircanski et al., 2012) обнаружили, что при работе со студентами, боявшимися заражения, случайная и вариативная экспозиция давала такие же результаты, как и традиционная постепенная систематическая. Краске с коллегами (Craske et al., 2014) опубликовали обзор литературы по теме и сформулировали рекомендации по увеличению эффективности экспозиционной терапии. Среди других предложений они обсудили использование так называемого «несоответствия ожиданиям», предполагающего несоответствие получаемого в ходе экспозиции результата предсказаниям клиента. Если результат, которого боялся клиент, не наступает, он обучается более эффективно. Следовательно, необходимости в повторяющихся и длительных экспозиционных сессиях может и не быть; а если экспозиция иногда будет создавать негативные состояния, которые он и ожидал, но смог пережить и вынести, то это лишь поспособствует научению, а не помешает ему. Так как избегание создает проблемы для научения, Краске с коллегами предполагают, что неверное использование когнитивных методов способно навредить, если, например, они используются с целью заверить клиента, что ожидаемое пугающее событие не случится, — а значит, мешают учиться выносить мысли о пугающем событии. Например, при работе с клиенткой, которая предсказывает, что совершит ошибку в социальной ситуации и опозорится, терапевт может выбрать вариант помощи ей в оценке вероятности такого развития событий и поиске форм поведения, которые позволят минимизировать вероятность ошибки. Тем самым клиентка лишится возможности ее совершить, а также понять, что она способна это вынести и справиться. Поэтому для научения иногда полезно совершать ошибки (нарушать ожидания).

Исследования также показывают, что в ходе экспозиционной сессии необязательно снижать тревогу или применять копинг-стратегии (например, релаксацию), чтобы добиться пользы (Craske, Liao, Brown & Verliet, 2012). Публикуется все больше исследований, подтверждающих, что запланированное, но не всегда систематическое и постоянное столкновение с пугающими стимулами является наиболее важным компонентом такого лечения. Кроме того, Рахман, Шафран, Радомски и Зиск (Rachman, Shafraan Radomsky, & Zysk, 2011) утверждают, что страхи можно ослабить с помощью исключительно повторяющейся экспозиции, а предотвращение реакций (при ОКР) и копинговые когниции могут не являться обязательными (Craske et al., 2012). Рахман обращает внимание на то, что совместное использование экспозиции и предотвращения реакции — «достаточное, но не всегда необходимое», то есть в ряде случаев экспозиции более чем достаточно.

Использовать экспозицию на практике можно в терапии с любым клиентом, демонстрирующим тревожность, независимо от того, отвечает ли состояние человека диагностическим критериям тревожного расстройства, а также с любыми клиентами, избегающими чего-то важного (например, вида деятельности, ситуации, человека, эмоции или события) из-за тревоги и страхов. В табл. 7.1 перечислены возможные цели экспозиционной терапии. Хотя тренинг навыков и увеличение общей активности (см. главу 6) для многих клиентов — естественный стимул к столкновению с пугающими явлениями, планируемая экспозиция не является частью таких интервенций. Тем не менее иногда удастся совместить в плане терапии поведенческую активацию и экспозицию. Ниже приведен отрывок из брошюры по экспозиции, которую подготовила для клиентов одна из авторов этой книги (Д. Д.):

Таблица 7.1. Возможные цели экспозиционной терапии

-
1. Пугающие ситуации при изолированной фобии.
 2. Обсессивные мысли при ОКР.
 3. Руминации и беспокойство при ГТР (или у человека, который много волнуется).
 4. Социальная неловкость и ошибки при социальной тревожности.
 5. Нахождение в центре внимания или публичное выступление при социальной тревожности либо боязни публичных выступлений.
 6. Несовершенство в себе и других при наличии перфекционистских черт.
 7. Двусмысленность и неопределенность при высокой потребности в контроле.
 8. Усиление аффекта при страхе потерять контроль над эмоциями.
 9. Любые неприятные эмоции при страхе сильных эмоций.
 10. Злость у клиентов, которые боятся потерять контроль над гневом или у которых есть трудности с управлением гневом.
 11. Физиологические ощущения (например, головокружение, учащение сердцебиения) при панических симптомах.
 12. Физические ощущения неясного происхождения (так называемый «шум тела») при тревоге о здоровье.
 13. Нахождение вдали от возможных источников помощи при паническом расстройстве с агорафобией или без нее.
 14. Нахождение в ситуациях, из которых сложно уйти при паническом расстройстве с агорафобией и без нее.
 15. Пугающие воспоминания или образы при посттравматическом стрессовом расстройстве.
 16. Времяпрепровождение в одиночестве при работе с тревожными, зависимыми клиентами.
 17. Неопределенность относительно реакций других людей на что-либо сказанное или сделанное клиентом.
-

«Экспозиция подразумевает систематическое столкновение с ситуациями, вызывающими у вас тревогу. Эти действия помогут вам доказать себе, что вы способны справиться с пугающими обстоятельствами: ваше тело научится чувствовать себя более комфортно, и вы, скорее всего, просто привыкнете к тому, чего боялись. Экспозиция крайне важна для вашего выздоровления и предполагает готовность идти на контролируемый и заранее спланированный риск. Чтобы экспозиция сработала, вам необходимо в полной мере ощутить тревогу. Слишком слабая тревога говорит о том, что вы не вышли из зоны комфорта и не сможете доказать себе, что ваши страхи ошибочны. А слишком сильная тревога, наоборот, укажет на то, что вы не уделяете достаточного внимания происходящему в реальности. Если вам будет слишком некомфортно, вернуться к выполнению упражнения в другой раз может быть намного сложнее. Обычно эффективная экспозиция предполагает, что человек, выполняющий упражнение, испытывает тревогу примерно на 70 баллов из 100 по субъективной шкале дистресса. Так что будьте готовы ощутить некоторую тревогу — чтобы со временем научиться принимать ее как нечто естественное и нормальное.

Важно оставаться в ситуации до тех пор, пока ощущение дискомфорта не снизится. Да, если прекратить выполнять упражнение раньше, вы почувствуете мгновенное облегчение, но проблема из-за этого укрепится. Научившись чувствовать себя достаточно комфортно в ситуации, которая раньше пугала, вы поймете, что можно двигаться дальше. Хотя обычно экспозиционная терапия четко структурирована и планируется заранее, не всегда можно точно предсказать, чего именно ждать. В какой-то пугающей ситуации вы будете чувствовать себя как «голый король» — пережить ее окажется легче, чем казалось изначально. А другая ситуация застанет вас врасплох, и вы будете реагировать неожиданно. Подобные реакции — нормальное явление. В общем и целом важно сохранять контроль над своими решениями относительно экспозиции и учиться понимать, что вы способны справиться с собой. Мы точно не будем совершать действия, на выполнение которых вы не согласны. Я буду поддерживать вас и мотивировать сохранять смелость, пробовать новое, но сама не стану делать ничего для вас неожиданного».

Планирование эффективных экспозиционных сессий

Эффективная экспозиция строится на четком обосновании, которое помогает клиенту согласиться пойти на необходимый риск. Для проведения экспозиции крайне важен качественный терапевтический альянс. Вы просите клиентов рисковать и делать то, что им сделать сложно, «пробуждаете в них смелость». Чтобы определить конкретные составляющие пугающих стимулов (от определенных мыслей и эмоциональных

реакций до ситуаций и их возможных результатов), нужно завершить полноценную поведенческую оценку (см. главу 2). После того как альянс выстроен, а цели воздействия намечены, постарайтесь определить, какие формы экспозиции с большей вероятностью принесут положительные результаты, чтобы усилить доверие клиента к методу.

Самая высокая эффективность будет у экспозиции, которая проводится часто. Обычно мы продолжаем сессию до тех пор, пока тревога клиента не снизится, хотя это и не всегда обязательно. Клиент должен фокусироваться на пугающем стимуле, не отвлекаться на другие элементы среды. Некоторые люди попытаются отвлечь себя (и психотерапевта) разговорами на посторонние темы. Осознанная экспозиция (термин, предложенный в работе Josefovitz & Dobson, 2015) подразумевает полное погружение клиента в опыт столкновения с пугающим стимулом. Для этого нужно направлять фокус внимания на переживание экспозиции. Так, вы можете предложить клиенту описать стимулы, окружение, подробно рассказать о собственных ощущениях с использованием всех пяти модальностей восприятия. Пусть проговорит, что видит, слышит, чувствует, какие запахи и вкусы ощущает. Пусть назовет свои чувства, не пытаясь их менять или судить. Обычно длительная экспозиция эффективнее короткой; как показывают результаты некоторых исследований, в первую очередь хороша массированная практика, особенно при работе с обсессивно-компульсивным расстройством (Foa, Jameson, Turner & Raupе, 1980). Сессии массированной практики обычно длятся дольше (90–120 минут) и могут проводиться несколько раз в неделю. Однако авторы недавнего исследования (Nacasch et al., 2015) обнаружили, что 60- и 90-минутные сессии пролонгированной экспозиции при ПТСР одинаково эффективны.

Большинство психотерапевтов знакомы с процессом создания *иерархии* — последовательности стимулов и ситуаций, структурированной по принципу постепенного нарастания сложности — от низкого до высокого уровня тревоги. Экспозиция с использованием более мягких стимулов проводится до тех пор, пока клиент не почувствует себя комфортнее, после чего происходит переход к следующей ступени иерархии. Клиенту может быть нелегко предсказать точный уровень тревоги при выполнении упражнений на экспозицию. Некоторые недооценивают тревогу на этапе планирования, и в процессе экспозиции их эмоциональная реакция на триггеры оказывается неожиданно сильной. Такие клиенты могут испытать острое желание прекратить упражнение и выйти из ситуации — тогда следует облегчить ситуацию. Чтобы экспозиция прошла эффективно, тревога должна быть достаточной, но не слишком сильной.

Клиенты должны отдавать себе отчет в том, что испытают определенный дискомфорт. Если тревоги не будет или она окажется слишком слабой, упражнение пользы не принесет. Однако управлять интенсивностью стимулов, провоцирующих возникновение новых страхов, бывает сложно. Обычно легче управлять интенсивностью столкновения с пугающими объектами или факторами среды и намного сложнее — межличностными взаимодействиями или воображаемыми ситуациями. Эта проблема особенно актуальна при работе с социальными страхами, ведь клиент не может контролировать реакции других людей. Большинство терапевтов планируют контролируемые и предсказуемые упражнения, а затем добавляют неопределенности или возможности получить негативную реакцию за счет привлечения других людей.

Мы рекомендуем составлять гибкую иерархию из трех категорий (легкая, средняя и тяжелая) и не уделять слишком много внимания разработке конкретных шагов, которые в ходе обсуждения могут казаться отличными, а на практике не всегда вписываются в среду или не отражают практическую и клиническую необходимость. Кроме того, чрезмерная систематичность при составлении иерархии способна затормозить формирование новых убеждений и не позволить «нарушить ожидания» клиента. Краске с коллегами (Craske et al., 2014) предлагают проводить упражнения на экспозицию в случайном порядке; однако такой подход может привести к отказу клиента от участия и увеличить риск преждевременного ухода с психотерапии, а потому использовать его не рекомендуется.

Хотя терапевтам удобнее проводить экспозицию в воображении, и она действительно помогает справиться с некоторыми страхами (особенно теми, что оказались на первых ступенях иерархии), более реалистичной и вызывающей доверие у большинства клиентов является экспозиция в реальной ситуации или максимальном приближении к ней. Чтобы добиться генерализации эффекта, помогайте клиентам совершать пугающие действия в разных ситуациях и условиях, с разными людьми. Они должны тренироваться не только на сессии, но делать это и за ее пределами, в формате домашних заданий. Полезно повторять практики, проведенные на сессии, в воображении или *in vivo*. Большинству клиентов проще работать в присутствии терапевта, поэтому индивидуальная практика может резко увеличить ощущение уверенности в своих силах. Предложите клиентам самостоятельно отрабатывать действия, аналогичные совершенным на сессии или чуть более легкие, — это поможет им сформировать уверенность в себе. Усиление тревоги за пределами сессии тоже может оказаться полезным, если клиенты не прибегнут

к избеганию. Предложите им записывать свои действия и отмечать прогресс. Такие записи можно регулярно обсуждать, а тревожным автоматическим мыслям — противопоставлять копинговые мысли, хотя это требуется не всегда. Поощряйте клиентов совершать импровизационную экспозицию (экспозиция «при случае»): в течение дня находить возможность сталкиваться с дополнительными пугающими ситуациями, не запланированными на сессии.

Для успеха экспозиционной терапии крайне важно, как клиенты объяснят себе полученный опыт. В идеале они должны понимать: экспозиция демонстрирует, что избегаемые ими ситуации на самом деле не так страшны, непредсказуемы или неконтролируемы. Кроме того, мы надеемся, что клиенты поймут, что способны справляться с ситуациями, которых ранее избегали, а это, в свою очередь, укрепит ощущение самоэффективности. Если вы будете стимулировать клиентов сначала проговаривать на сессиях не только тревожные, но и альтернативные мысли, а затем использовать измененные когниции самостоятельно в ходе экспозиции, содержание их внутренних диалогов изменится: в них будут чаще использоваться более эффективные подходы к сложным ситуациям и стимулам. Некоторые исследователи предлагают использовать не внутренние диалоги, а стратегии озвучивания мыслей или названия эмоций, когда люди вслух констатируют свои эмоциональные реакции, не пытаясь их изменить или оспорить (Craske et al., 2014; Kircanski et al., 2012). Это многообещающий и простой в использовании подход.

В проведение экспозиции обычно приходится вкладывать больше времени и творческих сил, чем в другие элементы терапии, так как нужно заранее подбирать стимулы или создавать определенные ситуации. Оба автора этой книги посвятили много часов собиранию жучков всех цветов и размеров, поиску фильмов с обилием крови или рвоты и даже искали в магазинах реалистичные модели грызунов! Экспозиция может принимать очень разные формы: от наблюдения клиентки за тем, как вам в вену втыкают иглу в центре сбора донорской крови (так делал, например, К. Д.), прежде чем ей самой сделают инъекцию (при фобии крови/болезней/уколов), до многократной езды на лифте (изолированная фобия) или кручения на стуле (интероцептивная экспозиция). В ходе экспозиции психотерапевтам иногда приходится покидать не только кабинет, но и собственную зону комфорта; отчасти по этой причине экспозицию редко используют. Никогда не предлагайте клиентам упражнение, на выполнение которого не пошли бы сами!

В ходе экспозиционной терапии могут возникать проблемы практического характера. Так, экспозиция под руководством психотерапевта порой занимает много времени и неудобна, поскольку требует совершения разнообразных действий вроде посещения аэропорта, торгового центра или поездки на общественном транспорте. Если вы ведете частную практику и стоимость ваших услуг покрывает сам клиент, это может оказаться слишком дорого для него или человека, оплачивающего терапию. Следовательно, полезно и экономично использовать дополнительные ресурсы. Так, в процессе может принять участие партнер или друг, которому клиент доверяет. Этого человека можно пригласить на сессию с целью провести психообразование и планирование экспозиции. В некоторых ситуациях полезно привлекать к сотрудничеству других специалистов; хотя опять-таки важно, чтобы они понимали принципы, на которых строится эффективная экспозиция. Мы сами иногда пользовались услугами персонала больниц, куда попадали клиенты, или приглашали к взаимодействию других членов междисциплинарной команды. К процессу также можно приобщить студентов и молодых специалистов, проходящих обучение: они не только помогут клиенту, но и сами получат хороший практический опыт.

Важно четко и понятно для клиента формулировать цель любой экспозиции, происходящей за пределами вашего кабинета, а также обсуждать допустимые терапевтические границы. Некоторые люди путают цели экспозиции и социальные цели (например, когда вы вместе с клиентом посещаете кофейню). Прежде чем выполнять такое упражнение, подробно обговорите, обсуждение каких тем допустимо в публичном пространстве (чтобы клиенты не раскрыли личную информацию, которую кто-то может случайно услышать, и не задавали вам личных вопросов, на которые вы не хотели бы отвечать). Можно даже проиграть и визуализировать, что следует сказать, если в ходе выполнения упражнения вы встретите знакомого. Заранее обсудите порядок покрытия возможных расходов (например, билетов на автобус или кофе).

Тщательно готовьтесь к выполнению упражнений за пределами кабинета. Обычно мы рекомендуем не везти клиента до места проведения экспозиции. Договоритесь встретиться непосредственно там, где будет проходить упражнение, либо, если так удобнее, используйте общественный транспорт. На случай непредвиденных обстоятельств возьмите с собой мобильный телефон и оставьте контактную информацию коллегам. Это особенно важно сделать, если вы планируете несопровождаемое посещение дома клиента. В таких ситуациях нужно соблюдать особую осторожность, даже если вы хорошо знаете человека.

Опять же, обязательно донесите до клиента мысль, что встреча не является дружеской, а представляет собой обычную терапевтическую сессию, просто проходит в других обстоятельствах (дома у клиента). Постарайтесь предугадать все сложности, которые могут возникнуть, и избежать возможного дискомфорта и проблем.

Минимизация факторов, снижающих эффективность экспозиции

После того как вы впервые опишете концепцию экспозиционной терапии, клиенты могут сказать, что уже пробовали действовать таким образом, но им не помогло. Некоторые говорят, что годами терпят пугающие ситуации (например, социальные взаимодействия), а снижение тревоги не наступает. В таком случае узнайте, что предпринимал клиент, и постарайтесь понять возможные причины неуспеха. Ведь люди по-разному непреднамеренно снижают эффективность экспозиции — они сами не понимают, что некоторые их действия мешают достичь улучшений. Вы можете похвалить клиента за приложенные ранее усилия и проявление инициативы, но объяснить, в чем проводимая вами экспозиция будет отличаться от того, что он пытался делать самостоятельно.

Большинство когнитивно-поведенческих психотерапевтов знают, что ментальные ритуалы и/или компульсивные действия в ОКР воспроизводятся для снижения тревоги. В качестве психотерапии этого расстройства чаще всего рекомендуется экспозиция или предотвращение реакции. Клиентам следует избегать ментальных и поведенческих компульсий, помогающих ослабить тревогу в момент экспозиции к обсессивным мыслям; хотя, как было отмечено выше, экспозиция сама по себе может являться главной эффективной составляющей лечения. Концепция предотвращения реакции намного реже обсуждается в контексте других проблем с тревогой, даже несмотря на то, что большинство тревожных клиентов обычно имеют ментальные, межличностные или поведенческие привычки, по функционалу аналогичные компульсиям и служащие снижению тревоги и минимизации эффектов экспозиции. Например, если бы для терапии социальной тревожности требовалась исключительно экспозиция к социальным ситуациям, социофобии бы попросту не существовало: у каждого есть огромное количество возможностей пройти социальную экспозицию за годы обучения в школе и (чаще всего) в дальнейшем на работе.

Салковскис, Кларк и Гельдер (Salkovskis, Clark & Gelder, 1996) сформулировали удачный термин для описания того, что клиенты с тревожными расстройствами не всегда получают пользу от попадания в пугающие ситуации, которые на самом деле не наносят им вреда:

они назвали это явление «невротическим парадоксом». Многие люди формируют для себя целые системы действий, бездействия, процессов внимания и стилей атрибуции, которые непреднамеренно нейтрализуют эффекты экспозиции или даже включают переживания во время сеанса в свои дисфункциональные системы убеждений.

Нейтрализацию и поддержание тревоги даже при выполнении упражнений на экспозицию можно осуществлять разными способами, в том числе через поиск ободрения, скрытое избегание, охранительное поведение, сосредоточение внимания на себе и тревожных ощущениях. Попытки категоризировать эти факторы предпринимались неоднократно, но в любом случае очевидно, что все они способствуют поддержанию тревоги и снижению эффектов экспозиции. Люди могут совершать эти действия до, во время и после экспозиции. Целью таких действий является временное снижение тревоги, однако в результате они снижают и эффективность терапии. Тем не менее, если в одночасье лишить клиента этих механизмов защиты, тревога, вероятно, окажется для него чересчур сильной; поэтому обычно невозможно и не рекомендуется устранять нейтрализующие реакции полностью и без планирования.

Среди разных факторов поддержания тревожности больше всего внимания уделяют охранительному поведению. Под *охранительным поведением* понимаются ментальные или физические действия, совершаемые для снижения тревоги в провоцирующих ее ситуациях. Например, клиент с социальной тревожностью может носить солнечные очки, чтобы не встречаться ни с кем взглядом. Человек, который боится панической атаки, на всякий случай носит с собой анксиолитики, даже если не намеревается их использовать. Подобные действия обычно приводят к негативным последствиям, в том числе заставляют концентрироваться на тревоге, мешают новому научению и не дают полноценно вовлекаться в экспозиционную практику. Следовательно, *нейтрализацию тревоги* или *факторы ее поддержания* можно в общем и целом назвать факторами снижения эффектов экспозиции. Эти действия обычно совершаются автоматически, по привычке, и могут включать в себя аффективные, когнитивные, межличностные и поведенческие элементы.

Концептуальная модель взаимодействия экспозиции и факторов поддержания тревоги показана на рис. 7.1.

Факторы поддержания тревоги могут быть разными у клиентов с разными расстройствами: формы поведения, связанные с ожиданием события (например, употребление алкоголя перед социальным взаимодействием, прием «Ативана» перед сессией экспозиции); охранительное поведение на сессии или действия после сессии (например, перепроверка

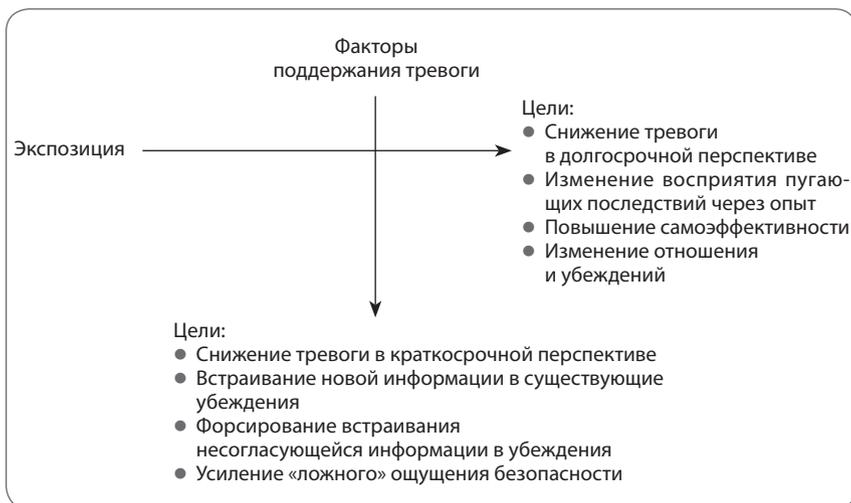


Рис. 7.1. Экспозиция и факторы поддержания тревоги

сделанного на наличие ошибок или мытье рук после экспозиции). Так как эти действия обычно совершаются автоматически, клиент воспринимает их скорее как полезные, а не вредные; поэтому выявлять и сокращать их количество сложно. Тем не менее в процессе работы над позитивными изменениями они могут играть решающую роль, и вероятность достижения желаемых результатов снизится, если их не выявить, не сократить и, в конце концов, не устранить.

К примерам скрытых стратегий избегания, которые не стоит использовать в процессе экспозиции, относятся следующие действия:

- Употребление алкоголя или наркотиков для снижения аффективного возбуждения (неважно, получены психоактивные вещества по рецепту или нет).
- Отвлечение.
- Внутреннее избегание (например, грезы или «отключение»).
- Попытки занять место ближе к выходу, узнать, где находятся выходы и туалеты.
- Избегание визуального контакта в ходе разговора.
- Ношение простой одежды с целью не привлекать к себе внимание.
- Походы только в «безопасные» места или посещение определенных мест в «безопасное» время дня.

- Убеждение себя в том, что дезинфекцию можно провести после экспозиционной сессии.
- Убеждение себя в том, что экспозиция пройдет нормально, потому что так сказал психотерапевт, а он не стал бы подвергать клиента реальной «опасности».
- Убеждение себя в том, что используемые в ходе экспозиции материалы «безопаснее» или «чище» обычных, так что риск минимален.

Важно, чтобы клиенты поняли, какое влияние эти незаметные действия оказывают на происходящее, и научились самостоятельно их выявлять. Устранять такие формы поведения лучше постепенно и систематически, встраивая данный процесс в экспозицию. Перспектива в одночасье полностью избавиться от всех схем избегания кажется многим слишком пугающей, и люди ищут поддержки извне. К одной из авторов этой книги (Д. Д.) обратилась клиентка, которая работала в сфере здравоохранения и страдала от тревоги о здоровье. Она часто искала подтверждения тому, что ей не навредят определенные виды еды, продуктов, люди и явления окружающей среды, с которыми приходилось взаимодействовать. Для этого она периодически обращалась к врачу и коллегам; сдавала многочисленные ненужные анализы, желая убедиться, что не страдает от какого-либо заболевания. Так как клиентка работала в больнице, она часто соприкасалась с разными заболеваниями и имела возможность консультироваться с врачами, собирать информацию о болезнях и проходить обследования. Все эти меры помогали ей убедиться, что она не больна, но в то же время увеличивали ее настороженность в вопросах здоровья. Психотерапевт заметила эту тенденцию и помогала клиентке постепенно отказываться от подобных форм поведения, учиться переносить риски и неопределенность. Упражнения на экспозицию в данном случае для этой клиентки включали в себя неоднократное столкновение с рисками на работе в отделении неотложной помощи; выявление и сокращение форм поведения, способствовавших поддержанию тревоги (поиск мнения специалистов, информации в интернете, сдача анализов), а также формирование непереносимости неопределенности, связанной с невозможностью «знать наверняка», здоров ты или нет.

В табл. 7.2 приведен список возможных стратегий для работы с клиентами, которые ищут поддержки и успокоения извне.

Аллан нескольких недель работал с Карлосом, который жаловался на социальную тревожность. Карлос уже проявлял большую активность, но ряд действий отказывался совершать из-за ощущения, что они рискованны, опасны и потенциально могут заставить опозориться. Аллан

помог Карлосу обратить внимание на некоторые мысли, связанные с социальными ситуациями, а также на роль охранительного поведения в поддержании тревоги. В ходе обсуждения они пришли к заключению, что постепенное устранение охранительного поведения поможет проверить, насколько подобные предсказания отражают реальность. Терапевт и клиент составили список действий, попадающих в эту категорию: походы в магазин в определенные дни или в ночное время, избегание людных торговых центров, выбор более темной и свободной одежды, неприметное поведение на работе и в группах людей; а также то, что Карлос не просил поправлять его ошибки; притворялся, что его не было дома, когда звонил телефон или кто-то стучал в дверь; избегал общественных туалетов. Постепенно, со скоростью, которую сам Карлос считал приемлемой, он начал отказываться от охранительного поведения. Когда Карлос поехал на выходные в другой город, надев новые, отлично подходящие ему вещи, и открыто выразил несогласие с матерью в политическом вопросе, они с Алланом поняли, что идут по верному пути.

В большей части публикаций, посвященных экспозиционной терапии, клиентам рекомендуется полный отказ от охранительного поведения. Однако новейшие исследования, проведенные преимущественно на выборках студентов (например, Levy, Senn & Radomsky, 2014; Milosevic & Radomsky, 2013), допускают и его «благоразумное» использование. Такой подход предполагает допущение охранительного поведения на ранних стадиях психотерапии с его дальнейшим устранением, а также планируемое и намеренное использование охранительного поведения для увеличения принятия в отношении экспозиционной терапии и снижения показателей преждевременного отказа от нее. Такое намеренное краткосрочное использование стратегий избегания с клиентами можно сравнить с «костылями»: их имеет смысл использовать в случае крайней необходимости, чтобы клиенты могли ощутить больший контроль над происходящим в краткосрочной перспективе. Пример такого костыля — заранее спланированный, временный тайм-аут. Или обращение к человеку, которому клиент доверяет, в ситуации, когда его переполняют чувства. Скажем, если клиент с агорафобией пойдет в торговый центр и испытает панические симптомы, которые не прекратятся сами по себе, он может не выходить из упражнения, но взять короткий тайм-аут и присесть на диван или позвонить партнеру и обсудить происходящее. Когда тревога слегка уменьшится, он вернется в ситуацию или, по крайней мере, находясь в менее тревожном состоянии, заново оценит свою готовность выполнять задание. Лучше воспользоваться «костылем», но не бросать начатое. Как обычные костыли используются при лечении

сломанных ног, психологические костыли можно применять, пока клиент формирует решительность и уверенность. Но их постоянное использование по очевидным причинам не рекомендуется. Более подробный список методов, помогающих снижать избегание и увеличивать выгоду от упражнений на экспозицию, приведен в табл. 7.3.

Таблица 7.2. Стратегии работы с поиском заверений

1. Объясните клиенту, что поиск заверений снижает эффективность терапии.
2. Выявляя направленные на поиск заверений действия, обращайтесь на них внимание клиента. Объясните, что они представляют собой стратегию управления тревогой; поощряйте клиента искать способы выносить тревогу (в идеале) или успокаивать себя самостоятельно (допустимо).
3. Поиск заверений может маскироваться вопросами вроде: «А что вы думаете о...?», «Нормально ли...?» и «Что бы вы сделали, если бы...?». На самом деле это могут быть попытки снизить тревогу очередной перепроверкой.
4. Объясните разницу между гарантиями («все будет в порядке») и информированием («в большинстве случаев это не приносит вреда»).
5. Встраивайте неопределенность и некоторый риск в практику экспозиции (например, «мы сталкиваемся с вирусами каждый день, и невозможно знать наверняка, заболеем мы или нет», «приглашая кого-то на кофе, нужно понимать, что человек может и отказаться»).
6. Встраивайте неопределенность в терапевтическую среду (например, «вам не нужно знать, кто сидел на этом стуле до вас и насколько он теперь чист»).
7. Если клиент понимает, как заверения подрывают эффект экспозиции, уместно использовать юмор. Попросите его попробовать «хитростью» вытянуть из вас успокоение и обращайтесь внимание на каждую попытку клиента сделать это.
8. Большинству психотерапевтов сложно не успокаивать клиентов, поэтому и сами тренируйтесь сокращать такие действия в своей практике.
9. Если вы перестанете давать клиентам заверения, они, скорее всего, постараются получить его из других источников (например, клиент с тревогой о здоровье может сдавать многочисленные анализы или искать информацию в интернете; клиент с социальной тревожностью — постоянно спрашивать друзей, не раздражает и не злит ли их его поведение). Оценивайте вероятность подобного развития событий и помогайте клиентам сокращать количество таких действий.
10. Мотивируйте клиентов жить жизнью, частью которой является допустимый риск. Даже если мы уверены, что рисков нет, или успокаиваем себя утверждением «ничего плохого не случится», по сути это ложный посыл, потому что никто не знает, что произойдет в будущем. Напоминайте клиентам на сессиях, что, хотя каждый из нас строит планы, никто не знает, что сулит грядущий день. Да, мы можем планировать, ставить цели и думать, что будем здоровы и в безопасности, переживем следующий год, — но жизнь полна неопределенности. И никакие успокаивающие фразы этого не изменят.

Таблица 7.3. Методы минимизации избегания и сохранения выгод экспозиционной терапии

1. Идентификация основных факторов, поддерживающих проблему, с помощью функционального анализа.
2. Бдительность терапевта и внимательное наблюдение. Действия, поддерживающие проблему, могут быть автоматическими и незаметными для клиента.
3. Просвещение клиента и помощь в выявлении нежелательных форм поведения. Помогите клиенту осознать избегание и понять его функцию.
4. Помощь партнерам/членам семьи в выявлении нежелательных форм поведения. Помогите людям, которые важны для клиента, осознать, что они способны помочь ему минимизировать избегание и понять, как это сделать (с согласия и при взаимодействии клиента).
5. Объясните разницу между *копингом* и *избеганием* тревоги.
6. Объясните, что такое «*выход из ситуации*» и использование психологических костылей. Выход из ситуации и прекращение экспозиции приводят к увеличению избегания и вредят в долгосрочной перспективе, тогда как использование костылей постепенно помогает клиенту получать помощь в снижении избегания. Чтобы ему было легче отличить выход из ситуации от использования психологических костылей, можно объяснить, что выход помогает избегать каких-либо действий, а костыли — совершать их.
7. Постепенное и систематическое сокращение факторов, поддерживающих проблему, вместе с клиентом — в темпе, который позволит ему справиться с этим сокращением.
8. Постепенно учите клиента выносить и в конце концов принимать тревогу. Переносимость тревоги и ее принятие — важные элементы экспозиции.
9. Используйте концепцию осознанной экспозиции, в ходе которой клиент наблюдает и осознает тревогу на экспозиционных сессиях.
10. Используйте терапевтические отношения. Усиливайте доверие к вам как к специалисту и к подходу, который вы используете.
11. Убедитесь, что клиент приписывает успех своим усилиям, а не сторонним факторам или вашему воздействию/присутствию.
12. Выявляйте и корректируйте убеждения клиента, связанные с его самоэффективностью и способностью справляться с трудностями.
13. Выявляйте и корректируйте убеждения клиента, связанные с конкретными опасностями. Перестраивайте эти убеждения с использованием типичных техник вроде систематического сбора информации о пугающих последствиях.
14. Проводите экспозицию снова и снова, пусть клиент практикуется чаще, чем вы полагаете необходимо.
15. Поощряйте оценку клиентом происходящего в перспективе и, где возможно и уместно, используйте юмор.
16. К концу терапии работайте над профилактикой рецидивов. Например, устанавливайте цели на будущее, предсказывайте возможные откаты, выявляйте и корректируйте стратегии избегания, планируйте поддерживающие сессии со все более длительными интервалами между ними.

Поведенческая активация

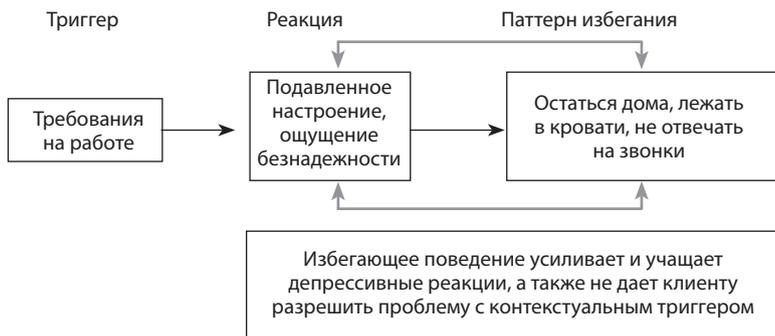
Поведенческая активация представляет собой альтернативную форму работы с избеганием, которая эффективно используется при лечении клиентов с клинической депрессией и показывает отличные результаты в исследованиях (Dobson et al., 2008; Jacobson et al., 2006). Как говорилось в главе 6, полезно различать традиционную поведенческую активацию, ориентированную на увеличение эффективного поведения, и поведенческую активацию, направленную на снижение избегания (Martell et al., 2010). Эта форма терапии подразумевает контекстуальный подход к депрессии и предполагает, что избегание подкрепляет подавленное настроение. Такое объяснение похоже на подход Льюинсона и коллег (Lewinsohn et al., 1980), который мы обсудили ранее, и у этих подходов есть пересечения. Тем не менее обновленный подход в первую очередь касается функций или процессов депрессивного поведения, а не его формы или содержания. Мартелл с коллегами (Martell et al., 2010) прямо говорят: рост количества приятных действий *не* является целью такого подхода. Как избегание поддерживает тревогу, избегающие схемы копинга — подавленное настроение и некоторые другие симптомы и последствия депрессии. Поведенческая активация нацелена на избегающий копинг как первичную проблему, лежащую в основе депрессии. Мартелл с коллегами рекомендуют сначала разобраться в дополнительных обстоятельствах, поддерживающих депрессию, а затем делиться результатами своего анализа с клиентами. Здесь действие происходит «снаружи внутрь», а не «изнутри наружу», полная контекстуализация; клиенты поощряются за повышение активности — несмотря на возникающие у них неприятные чувства. Внимание уделено функциям поведения и функциям (а не содержанию) мыслей (см. главу 8).

Представим себе поведенческую активацию для клиентов, которые пытаются справиться с подавленностью посредством избегающих паттернов поведения и прокрастинируют, вместо того чтобы решать проблемы. Многие клиенты поступают именно так, независимо от наличия или отсутствия у них диагноза депрессии.

Мы считаем, что этот простой и изящный подход можно использовать в работе с любым избеганием. Первым шагом поведенческой активации является функциональный анализ с целью определить схемы избегания, которые использует клиент. Некоторые стратегии в рамках данного подхода мы уже обсудили. К ним относится составление подробного списка активностей клиента и списка действий, направленных на ощущение мастерства и удовольствия; поощрение увеличения общей

активности и минимизация избегания. Кроме того, особенно полезны интервенции по выявлению и анализу моделей ТРИ (Т – триггеров, Р – реакции, И – паттернов избегания) и ТРА (Т – триггеров, Р – реакций, А – альтернативного совладания) (Martell et al., 2010; также см. рис. 7.2). Обе стратегии включают в себя выявление триггеров избегания и определение их последствий с дальнейшим называнием и отработкой поведенческих альтернатив избеганию.

Модель ТРИ



Модель ТРА

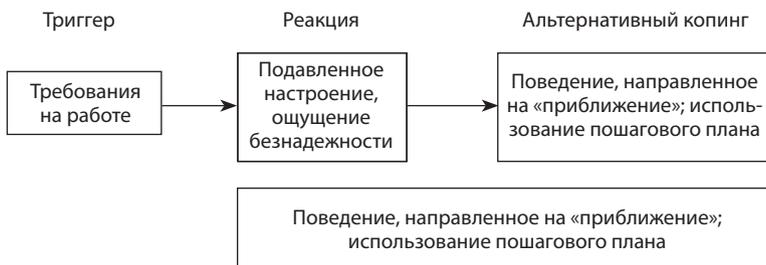


Рис. 7.2. Модели ТРИ и ТРА

Дженнифер консультировала Наоми около шести недель. Наоми работала менеджером среднего звена в крупной фирме, ей подчинялись почти 20 человек; в зону ее ответственности входили наем сотрудников, оценка их работы, ежедневный мониторинг успехов и предоставление обратной связи, а также увольнения и сокращения. Хотя Наоми прошла соответствующее обучение на менеджера по персоналу и в целом любила свою работу, начальница ценила ее невысоко, полагая, что Наоми избегает

давать негативную обратную связь подчиненным и старается всем угодить. Действительно, Наоми как профессионал ставила перед собой цель сформировать в команде позитивный настрой и поддерживать хорошую рабочую атмосферу. Однако из-за избегания конфликтов оставляла в коллективе сотрудника, который ее заметно портил. Наоми не могла решить проблему и начала испытывать симптомы депрессии: отсутствие сил и мотивации, а также снижение уверенности в себе и негативные мысли о своих способностях. На момент первого обращения к Дженнифер она взяла на работе отпуск и не занималась ничем продуктивным. Благодаря отработке коммуникативных навыков и планированию активности Наоми стала чувствовать себя менее подавленной, начала возвращаться ее уверенность в себе. Мысль о возможной встрече с коллегами и подчиненными вызывала у нее тревогу, поэтому было решено включить в терапию элементы экспозиции. Так, Наоми согласилась несколько раз проехать мимо работы в вечернее время, проверить свою рабочую электронную почту, выпить кофе с доверенным коллегой и зайти в офис, чтобы передать кое-какие документы. Затем она посетила трениговую сессию в пятницу перед запланированным выходом на работу. Наоми сообщила, что готова попробовать вернуться. Дженнифер рассказала ей про модели ТРИ и ТРА; после первой недели на работе провели функциональный анализ, который помог клиентке обнаружить ежедневно используемые и почти незаметные паттерны избегания.

В первый же рабочий день Наоми отследила следующую схему избегания: чтобы отложить телефонный звонок сотруднику, пожаловавшемуся на новую компьютерную систему, она придумала большое количество действий, которые можно выполнить, прежде чем начать беседу с этим человеком (именно его, судя по всему, ей предстояло уволить). Кроме того, Наоми заметила, что использовала экран телефона, чтобы фильтровать неприятные входящие звонки, а также обратила внимание, что перед уходом в отпуск расположила файлы в папке «входящие» так, чтобы некоторые письма не были видны. Наоми также поймала себя на мысли, что, раз она только вернулась на работу, лучше на несколько месяцев перенести оценку эффективности сотрудников, которую по изначальному плану она должна была провести довольно скоро.

На следующую встречу клиентка пришла с ощущением, что все потеряно, она не может эффективно справляться со своими обязанностями. Уже на сессии Наоми поняла, как схемы избегания, на которые она обратила внимание, вписывались в модель ТРИ. Вместе с Дженнифер они придумали альтернативные копинговые реакции, которые она согласилась опробовать в качестве домашнего задания. Например, решила заклеить экран рабочего телефона бумажкой, чтобы не видеть, кто звонит; а также обещала связаться со сложным сотрудником и назначить день для проведения оценки эффективности. Вместе с психотерапевтом они придумали

стратегии, которые можно использовать при проведении оценки; Дженнифер указала Наоми на то, что у той были все необходимые знания по управлению персоналом, и решить проблему мешало именно избегание, а не недостаток навыков.

ФИНАЛЬНЫЙ КОММЕНТАРИЙ О СОЦИАЛЬНОМ КОНТЕКСТЕ

Многие клиенты живут в сложных обстоятельствах; в их личных историях встречаются серьезные неудачи и даже трагические события. В процессе выбора интервенций важно сохранять реалистичность и понимать, что эти терапевтические методы эффективны, как правило, но не всегда. Никакая поведенческая активация, экспозиция или тренинг навыков не изменят травматическую историю клиента. Мы надеемся, что наши и ваши клиенты получат необходимые знания и навыки, чтобы изменить свои обстоятельства сейчас и на будущее. Надеемся, что, если вам удастся минимизировать избегание, облегчить симптоматику и сократить проблематичное поведение, а также способствовать развитию необходимых навыков в разных сферах, ваши клиенты смогут улучшить свою жизнь, справиться с трудностями и оказать положительное влияние на окружающих.

СЛУЧАЙ СТИВЕНА Р., ПРОДОЛЖЕНИЕ

Придя на шестую сессию, Стивен сказал, что снова поговорил с соседкой и беседа прошла неплохо. Кроме того, улучшилось его настроение, и он решил несколько раз сходить в спортзал, пусть и поздно вечером, чтобы не встретить там знакомых. Психотерапевт похвалила его за приложенные усилия. Стивен думал, что раз ему стало лучше, он готов вернуться на работу и завершить терапию. Его разозлило, когда специалист сказала, что, на ее взгляд, возвращаться на работу рано. Он саркастично ответил, что ей выгодно держать его на терапии, чтобы зарабатывать на свою «красивую жизнь». Когда она попыталась начать обсуждение этого высказывания, Стивен сказал, что ее реакция особенно его не интересует, ведь ее задача — помочь ему выздороветь, а не обсуждать их отношения. Тем не менее он понимал, что слишком быстрое возвращение на работу потенциально способно ухудшить симптомы. А также сообщил, что после этого комментария с его стороны у него испортилось настроение, и хотя продолжать обсуждение не захотел, быстро и тихо извинился за свои слова. Психотерапевт провела параллель между его

высказыванием и склонностью раздражаться и срываться на окружающих, в том числе на работе.

Оставшаяся часть сессии была посвящена отработке коммуникативных навыков и исследованию взаимоотношений избегания и эмоций. Специалист обратила внимание Стивена на то, что он использовал избегание не только в отношении ситуаций и людей (уборка газона перед домом, беседы с соседкой и представителем отдела кадров), но и в отношении сложных эмоций, например злости и печали. В качестве домашнего задания Стивен должен был продолжать вести Дневник активности и увеличить количество действий, дающих ощущение мастерства (например, посещать тренажерный зал).

На следующую сессию Стивен пришел, тщательно обдумав свой злой ответ психотерапевту. Он рассказал о следующей ситуации: он разолился на жену, когда та попросила его сделать кое-что по дому, так как сама уходила на ночную смену в больницу. Он понял, что расстроился, потому что ей приходилось больше работать из-за его болезни; ему казалось, что она считает его вклад в общий быт недостаточным, из-за чего просит его о дополнительных действиях. После этого он ощутил вину, настроение существенно ухудшилось; однако он увидел связь между автоматической мыслью («Я не выполняю свою функцию добытчика») и гневом, виной и грустью, а также вербальной агрессией, направленной на жену.

Хотя психотерапевт не просила Стивена вести формальный Дневник мыслей, она разделила лист бумаги на доске на несколько колонок и изобразила отношения между ситуацией, его автоматическими мыслями, эмоциональными реакциями и действиями. Использовала несколько примеров, в том числе его реакцию на прошлой сессии, на просьбу жены и замечания руководителей на работе. Стивен отметил, что такой разбор для него полезен: теперь он многое понял и надеялся исправить то, что его не устраивало. Кроме планирования активности, в качестве домашнего задания он получил материалы по дисфункциональным мыслям и эмоциям для изучения.

Глава 8

КОГНИТИВНАЯ РАБОТА. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЦЕЛЕЙ

Определение когнитивных целей интервенции — критически важный шаг в когнитивно-поведенческой терапии. В этой главе мы рассмотрим сложности, которые могут возникнуть у клиентов при выявлении и определении типов мыслей, а также возможные способы их разрешения. Затем мы представим широкий спектр применимых стратегий для выявления негативных мыслей, связанных с конкретными ситуациями. А в конце главы дадим руководство по отбору негативных мыслей, с которыми будет вестись работа в контексте интервенций.

Часто клиенты обращаются в психотерапию, не осознавая, что рассуждают негативно или пессимистично. Возможно, друзья и родственники когда-то советовали им смотреть на жизнь проще, не быть такими циничными или меньше волноваться. Но негативные мысли могут казаться настолько сильными и переполняющими, что ответить на них просто нечем. Эти мысли обычно кажутся клиентам столь правдивыми, что возникает ощущение невозможности как-то их оспорить. В этой главе мы обсудим, какие стратегии принято использовать для помощи клиентам в понимании природы негативного мышления, а также изучим методы сбора необходимой для этого информации. Она будет посвящена и эффективным формам реагирования на проблематичные когниции. Мы представим модель, позволяющую дифференцировать разные типы мыслей, а также предложим эффективные стратегии работы с ними (*когнитивной реструктуризации*). Закончится глава описанием типичных преград, с которыми вы можете столкнуться в процессе, и возможных способов разрешения трудностей.

Прежде чем мы начнем говорить о том, как выявить негативные когниции и работать с ними, хотим еще раз подчеркнуть мысль, которая уже была озвучена в главе 6: общей целью когнитивно-поведенческой

психотерапевтической практики является помощь клиентам в решении их проблем. В некоторых случаях описанные в предыдущих главах поведенческие интервенции приводят к существенному уменьшению трудностей. Иногда клиент вместе с терапевтом приходят к решению, что именно поведенческих интервенций оказалось достаточно, и завершить терапевтический процесс можно сразу после них. Мы также знаем, что когнитивные изменения могут происходить и без применения нацеленных на это когнитивных интервенций. Так, представление новой информации может существенно изменить концептуализацию проблем у клиента. Иногда сам факт того, что психотерапевт способен предложить убедительную концептуализацию, вдохновляет его занять более активную позицию при разрешении возникших сложностей. Известно и то, что техники изменения поведения влияют не только на него. Сами клиенты активно наблюдают за собственными действиями и зачастую делают выводы о своем поведении. Клиент, который боялся социальных ситуаций, но в процессе терапии наблюдал за собственным общением с другими людьми и убедился, что может получить от них реакцию, не соответствующую его негативным ожиданиям, неожиданно для себя обнаруживает, как изменилось его отношение к социальным ситуациям. Клиентка, которая была подавленной и жаловалась на ощущение безнадежности, снова активнее вовлекается в собственную жизнь, пытается разрешить возникшие проблемы и невольно замечает, как меняется ее восприятие себя в будущем. Клиент, который часто злился и срывался на других из-за мыслей о том, что «никто не ценит его усилий», постепенно замечает, что окружающие стали уважительнее к нему относиться после того, как он научился более эффективно сообщать о своих переживаниях.

Обычно мы советуем психотерапевтам руководствоваться практическими соображениями, особенно если условия их работы подразумевают преимущественно краткосрочное взаимодействие с клиентами. В некоторых случаях можно применять описанные в предыдущих главах стратегии и просто объяснить клиентам, что иногда когнитивные изменения следуют за изменениями поведенческими. В таких случаях имеет смысл предлагать самим клиентам формулировать, какие изменения в когнитивной сфере они наблюдают, помогать им осознавать вклад, который они вносят в эти изменения, а также мотивировать их на дальнейшие действия по поддержанию позитивных подвижек в поведении, мыслях — обычно, как следствие, в эмоциях. Конечно, чтобы справиться с этой задачей, необходимо отслеживать когнитивные изменения, помогать клиентам замечать их и осознавать, что в их основе лежат изменения

поведения. Осознание когнитивных изменений, в свою очередь, скорее всего, приведет к закреплению поведенческих изменений.

Хотя поведенческие стратегии способны помочь клиенту в решении актуальных проблем, мы понимаем, что в большинстве случаев вам предстоит работать с людьми, которым будет свойственно негативное мышление, не только отражающее, но и усугубляющее их сложности. Мы считаем, что в таких случаях нужно помогать клиентам учиться видеть связи между мыслями, поведением и эмоциями. Это понимание позволит освоить стратегии модификации когниций. Данная глава посвящена оценке негативного мышления; стратегии же когнитивной реструктуризации мы рассмотрим в следующей главе.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ НЕГАТИВНЫХ МЫСЛЕЙ

Прежде чем вам удастся помочь клиентам изменить негативное мышление, нужно будет научить их слышать слова, которые они говорят сами себе, и точно доносить эти слова до вас. По большому счету вы помогаете клиентам дистанцироваться от текущих переживаний и заняться их изучением или рефлексией. Занятие такой метакогнитивной позиции (Wells, 2009) или умение «думать о мыслях» — навык, который нужно формировать и отрабатывать. Некоторые клиенты являются довольно психологически грамотными и быстро схватывают смысл этой идеи; другим сложно воспринять как саму концепцию, так и конкретные упражнения на развитие данного навыка. Некоторые клиенты обращаются к психотерапевтам, будучи готовы и способны сразу вовлечься в интервенции, а другим требуется серьезная практика, прежде чем у них начнет что-то получаться. Мы призываем вас быть готовыми к индивидуальным различиям, учиться находить подход к клиентам с разными способностями и навыками.

Возможно, вам понадобится модифицировать язык, который вы используете в процессе обучения клиентов, чтобы они точно понимали вас и не реагировали негативно. Так, у некоторых людей вызывают отторжение термины «дисфункциональные мысли» или «мыслительные искажения». В таком случае ответственность за поиск подходящей замены лежит на терапевте; смысл не должен искажаться, но формулировка должна быть приемлемой для конкретного человека. Например, иногда имеет смысл говорить просто о негативных или вредных мыслях. Другим может подойти более функциональное описание, например, «мысли, которые заставляют вас плохо себя чувствовать» или «мысли, которые вызывают негативные эмоции».

Чтобы оценить метакогнитивные способности клиента, стоит дождаться ситуации (на ранних этапах терапии), в которой будет понятно, что мысли повлияли на его чувства и реакции. Вы можете привести эту ситуацию в пример для описания базовой когнитивно-поведенческой модели взаимосвязей, «ситуации — мысли — реакции». Это описание можно дать в устной форме или записать на листе бумаги либо доске для большей наглядности или формирования более отстраненного отношения к мыслям. Вы можете предложить клиенту объяснить, как он понимает взаимодействие мыслей и эмоциональных и поведенческих реакций. Если клиент положительно отреагирует на это, можете предложить ему описать последовательность своими словами, чтобы вы, в свою очередь, могли оценить его уровень понимания. Или посоветуйте клиенту привести пример другой ситуации, в которой бы этот принцип демонстрировался. Если клиент реагирует негативно, перефразируйте данное ранее объяснение и используйте для развития метакогнитивных навыков другую ситуацию, которая возникала в терапии прежде, или гипотетический пример. Если же клиент совсем не понимает концепцию или подобранный вами пример недостаточно ясно ее иллюстрирует, не отчаивайтесь. Вероятно, такое мышление является частью текущих проблем клиента, в будущем вы наверняка с ним столкнетесь и сможете по-новому представить модель. Иногда требуется два-три примера, прежде чем клиент начнет понимать смысл когнитивной медиации.

После того как клиент с вашей помощью осознает связь между мыслями, возникающими в разных ситуациях, и реакциями на них, вы сможете предложить ему обратить внимание на похожие схемы реакций. Например, на раннем этапе терапии предложить клиенту попробовать внимательнее относиться к определенным мыслительным паттернам. Если вы решите это сделать, обязательно вернитесь к обсуждению результатов на следующей сессии. Попросите клиента описать процесс взаимодействия «ситуация — мысль — реакция», чтобы убедиться, что он все понял верно. Если возможно, предложите ему записывать процесс по схеме, приведенной на рис. 8.1. Такое записывание помогает людям относиться к собственным реакциям как к чему-то более абстрактному, по сравнению с тем, как мысли ощущаются непосредственно в момент нахождения в ситуации. Выполнение данного упражнения обычно помогает дистанцироваться от собственных реакций. Вы также получаете шанс обсудить с клиентом процессы, определяющие его способность думать о мыслях (то есть те самые метакогниции). Это позволит вам подобрать слова для эффективной работы с конкретным человеком при обсуждении его мыслительного процесса, выявить возможные

негативные реакции на определение его мыслей как негативных, дисфункциональных и т. п.

В процессе идентификации мыслей могут возникать трудности, которые мы подробно разберем далее.

Ситуация	Мысль	Реакция
На вечеринке я пытался поговорить с интересной женщиной и показать ей, что я тоже интересный.	«Она думает, что я скучный». «Я не знаю, что сказать». «Ей кажется, что я все выдумываю».	Тревога. Беспокойство. Разочарование. Ухожу.

Рис. 8.1. Пример схемы «ситуация — мысль — реакция»

Клиенты, которым сложно называть ситуации или триггеры

Одна из причин, по которой клиенты не могут определить триггеры, — недостаточная специфичность ситуации или отсутствие четкого представления о ней на момент обсуждения. Поэтому, собирая клиентские описания, убедитесь, что они достаточно ясные и подробные, чтобы вы представляли себя в аналогичной ситуации. Помните: к ситуациям относятся межличностные взаимодействия, конкретные и даже воображаемые события — воспоминания, обрывочные образы событий; картинки в голове, на которые клиент реагирует. Зачастую они связаны с определенным временем дня, поэтому вопросы о контекстуальных аспектах способны пробудить нужные воспоминания. Хотя вероятность того, что каждый аспект будет значимым для терапевтического процесса, мала, внимательно относитесь к мелочам по мере сбора информации о ситуациях и триггерах мыслей, которые вы с клиентом обсуждаете.

В некоторых случаях можно предложить клиенту закрыть глаза и вместе с вами создать в воображении визуальный образ ситуации. Попросите его описывать все подробности вслух. Мы воспринимаем события разными органами чувств, поэтому важны и звуки, и запахи, и тактильные ощущения. Использование мультисенсорности помогает клиенту визуализировать пространство, в котором он находился, воскресить формы, звуки и другие ощущения для усиления визуализации и стимулирования вспоминания мыслей, возникавших

по ходу. Если ситуация включала в себя межличностное взаимодействие, можно также предложить клиенту описать поведение другого человека, после чего разыграть ее по ролям. Изображая собеседника, вы поможете клиенту снова погрузиться в ситуацию, вспомнить его мысли и реакции.

В начале когнитивной оценки часто возникает следующая сложность: ситуация — не отдельный статичный момент, а нечто меняющееся со временем. Например, то, что начиналось как простой, слегка обидный спор, может быстро перерасти во взаимные оскорбления. В конце концов, вероятно, клиент столкнется с проявлением агрессии в свой адрес или сам выйдет из ситуации разгневанным. Скорее всего, его мысли и эмоции будут меняться как в процессе, так и в дальнейшем, с течением времени. Поэтому в некоторых случаях полезно разделить произошедшее на составляющие и прописать изменения в мыслях и эмоциональных ситуациях, связанных с разными стадиями взаимодействия. Хотя это упражнение может показаться объемным и утомительным, обычно оно помогает клиенту значительно расширить понимание происходящего.

В некоторых случаях клиент, которому сложно называть чувства, может испытывать колебания настроения в течение сессии. Подобные изменения дадут вам отличную возможность помочь ему сосредоточиться на внутреннем опыте и развить способность к эмоциональному самовыражению. Опытный когнитивно-поведенческий психотерапевт внимательно следит за такими колебаниями и, когда уместно, дает клиенту время отреагировать (например, перевести дыхание или поплакать), а затем вербально выражает поддержку и проводит когнитивную оценку. В нее входят вопросы об эмоциональной реакции клиента, предшествовавших ей мыслях, а потом — о конкретных словах, образах и других триггерах, вызвавших острую реакцию на сессии. Использование колебаний настроения в ходе встречи позволяет качественно проработать цепочку «стимул — мысль — реакция», а также продемонстрировать вашу терапевтическую чувствительность к эмоциональным реакциям клиента. Когнитивно-поведенческие терапевты должны быть готовы обсуждать эмоции, возникающие в текущем моменте, и комфортно чувствовать себя в присутствии клиентов, выражающих сильные чувства.

Хотя когнитивно-поведенческим терапевтам необходимо умение обсуждать эмоции, возникающие на сессии, мы не рекомендуем сосредотачиваться на этом, так как фокусом терапевтической модели в данном случае является решение проблем клиента в реальном мире.

Представьте, что клиентка сообщает вам о тревоге в связи с посещением терапевтической сессии и ожиданием того, что вы разозлитесь на нее или будете разочарованы тем, что она не выполнила домашнее задание. Здесь важно разобраться в причинах невыполнения задания. Если мысли клиентки о вашей вероятной реакции относятся к факторам, помешавшим выполнению задания, стоит уделить время разбору этих мыслей и эмоций во время сессии. Тем не менее мы рекомендуем стараться быстро определять, возникают ли у клиента подобные реакции в других отношениях, и не концентрироваться на взаимодействии «клиент — психотерапевт». Если выяснится, что клиентка часто испытывает страхи, связанные с мыслью о возможности разочаровать или разозлить кого-то, это может стать частью концептуализации и объектом фокуса дальнейшей терапии. Если же реакция скорее ситуационная или свойственная вашим отношениям, рекомендуем брать ответственность за собственный вклад в это взаимодействие и стараться модифицировать собственное поведение для минимизации подобных реакций.

Клиенты, которым сложно идентифицировать эмоции

Большинство из нас способны выделять и называть собственные эмоции, однако уровень развития этого навыка сильно варьируется. Сложности чаще возникают у клиентов, выросших в эмоционально бедной среде, или тех, кого в прошлом не поощряли за обсуждение чувств, а также у людей, которые не привыкли обсуждать психологические явления. Клиенты, проходящие психотерапию на не родном для них языке, иногда не имеют достаточного словарного запаса для обсуждения эмоций. Им нужно помочь пополнить «эмоциональный словарь» и отработать использование разных терминов для описания эмоций. Будут полезны слова и словосочетания вроде *чувства, внутренние реакции, реакции, сердце, опыт, эмоции*. Некоторые клиенты уделяют больше внимания своим внутренним физиологическим реакциям; если вы поможете им освоить эмоциональную терминологию, они используют ее для более точного и полноценного определения переживаний. В сложных случаях вам придется выделять время терапии на то, чтобы представить и обсудить необходимую терминологию, связанную с обозначением эмоций, чтобы клиенты могли использовать ее в будущем.

Некоторым людям требуется помощь скорее в расширении эмоционального словаря и поиске более точных определений. Так, если клиент говорит вам, что расстроен или чувствует себя плохо, он, безусловно, сообщает о негативном переживании, но природа данного переживания остается не ясна. Тем, кто склонен использовать подобные выражения, надо предлагать заменять их более описательными и конкретными формулировками. Обширный список слов для называния эмоций вы найдете по ссылке www.psychpage.com/learning/library/assess/feelings.html. Некоторые клиенты предпочитают визуальные изображения эмоций — их можно найти здесь: www.sheffkids.co.uk/adultssite/documents/worksheets/Feelings.pdf.

Зачастую клиентам приходится помогать не только в определении типа эмоциональной реакции, но и в описании ее интенсивности. Делать это можно с помощью разных градаций, например: *вообще не ощущаю, слегка, немного, средние, достаточно, существенно, сильно, очень сильно, чрезвычайно*. С той же целью полезно использовать цифровые обозначения: от 0 до 100 % и от 1 до 10 баллов. Какую бы систему вы ни выбрали, следует убедиться, что она используется последовательно и всегда однонаправленно (например, ярко выраженным чувствам всегда присваивается большее число).

В качестве примера разберем разные формы выражения грусти. В табл. 8.1 собраны формулировки, которые помогут клиенту описать свой внутренний опыт. Применяя различную терминологию и комбинируя доступные описания степени выраженности переживания, клиенты учатся выражаться более комплексно, подробно и идеографически, это помогает им делиться своими переживаниями с вами. Обычно чем конкретнее и точнее клиенты описывают свой опыт, тем выше качество понимания специалистами значения обсуждаемых проблем и тем лучше они подбирают оптимальные интервенции.

Таблица 8.1. Развитие навыков вербального выражения эмоций

Тип переживания	Интенсивность	Описание опыта
«Я почувствовал(а)...»	Отсутствует	Печаль
«Я была(а)...»	Слабая	Подавленность
«Я ощутил(а)...»	Средняя	Отверженность
«Мое сердце было...»	Ощутимая	Деморализованность
«Мое чутье подсказывало...»	Сильная	Грусть
«Моя эмоциональная реакция была...»	Очень сильная	Беспомощность и безнадежность

Клиенты, которые не понимают природу своих чувств

Некоторые клиенты используют для описания мыслей слова, которые скорее отражают эмоции и импульсы к действию. Например, человек может сказать: «Я подумал о том, как мой ребенок меня разочаровал», «У меня в голове было много грустных мыслей» или «Я подумал, что мне стоило уйти». В подобных случаях нужно разбирать с клиентом, чем отличаются чувства, мысли и поведение. Полезно привести определение каждого понятия, а еще лучше использовать примеры из опыта самого клиента. Чтобы иллюстрировать различия между мыслями, чувствами и поведением, мы также рекомендуем разбирать примеры опыта, полученного на терапевтических сессиях. Скорее всего, у клиентов есть привычный для них уникальный способ обсуждения мыслей и чувств, поэтому бывает уместно использовать письменные практики, позволяющие в какой-то мере дистанцироваться от своих переживаний.

Клиенты, которым сложно называть свои мысли

Даже если вы помогли клиенту прояснить суть события, ситуации, триггера, стимула, отвели достаточно времени на обсуждение различий между мыслями, чувствами и поведением, задача называния конкретных мыслей может оказаться для него сложной. В таком случае попробуйте задать ему вопросы, направляющие внимание на мыслительный процесс, и вычлнить отдельные значимые идеи (табл. 8.2).

Мы также хотим внести три дополнения, связанные с процессом выявления автоматических мыслей.

Во-первых, нужно создавать соответствующий контекст. Если когнитивная модель уже представлена клиенту, вероятно, ему будет понятно, почему мысли так важны для вас. Если же обсуждение когнитивной модели еще не состоялось, его надо провести перед разбором автоматических мыслей. Более того, иногда имеет смысл просить разрешения на обсуждение конкретных мыслей даже у клиентов, имеющих представление о когнитивной модели. Например, можно спросить: «Мне кажется, это для вас важно. Могу ли я задать несколько вопросов, которые позволят нам лучше разобраться в ваших мыслях и реакциях, а также понять, как эффективнее вам помочь?» Эти слова помогут клиенту справиться со сложными вопросами, которые вы будете задавать.

Таблица 8.2. Вопросы, помогающие сформулировать конкретные мысли

1. О чем вы думали в этой ситуации?
2. О чем вы могли думать тогда?
3. Можете ли вы вспомнить другие похожие события, в ходе которых обратили внимание, о чем именно думали?
4. Возможно ли, что вы думали _____? (предложите мысль, похожую на предполагаемую мысль клиента).
5. Возможно ли, что вы думали _____? (предложите мысль, противоположную той, которая, скорее всего, возникла на самом деле).
6. Возникали ли у вас в голове конкретные образы?
7. Какие воспоминания связаны у вас с этой ситуацией?
8. Что эта ситуация для вас значила?
9. Что мог бы подумать другой человек, оказавшийся в похожей ситуации?
10. Если бы я оказался/оказалась в этой ситуации, что бы я подумал(а)?
11. Что бы вы подумали, оказавшись в такой ситуации: _____ (опишите гипотетические события, похожие на реальное положение вещей, и узнайте, возникли бы у клиента аналогичные мысли или нет).

Примечание: Из Дж. Бек (1995). Copyright 1993 Дж. Бек. Адаптировано с согласия автора и The Guilford Press.

Во-вторых, всегда помните, что вопросы вроде «Как думаете, какие мысли могли тогда возникать у вас в голове?» и «Как мог бы среагировать другой человек в аналогичной ситуации?» предполагают некоторую спекуляцию со стороны клиентов. Поэтому, хотя такие формулировки помогают составить представление об интересующих вас мыслях, помните: это лишь предположения, а не реальные воспоминания о том, что они думали в конкретных ситуациях. Предполагаемые мысли можно включить в концептуализацию и рассматривать как *возможные* автоматические мысли, но делать окончательные выводы на их основании не следует.

В-третьих, некоторые вопросы, приведенные в табл. 8.2, предлагают клиентам выдвигать гипотезы о том, что они могли думать. При использовании данного приема мы настоятельно рекомендуем психотерапевтам действовать осторожно, сохраняя за клиентами максимальную свободу, демонстрировать уважение к их представлениям о самих себе. Подобные вопросы можно начинать так: «Могли ли вы подумать, что...?» или «Другие люди иногда думают, что... Напоминают ли вам что-то эти мысли?» А вопросы в духе «Похоже, вы думали... Верно?» или «Наверняка у вас возникали негативные мысли вроде...» использовать категорически не рекомендуем, потому что это предположения психотерапевта, к тому же сформулированные из авторитарной, доминирующей позиции, а не с позиции сотрудничества и обсуждения на равных.

Клиенты, которые формулируют мысли в вопросительной форме

Некоторые клиенты замечают, что, сталкиваясь с проблемами, задаются вопросами вроде: «Примут ли меня?», «А вдруг меня ждет неудача?», «Почему со мной всегда так происходит?» или «Как выпутаться из этой ситуации?» Обычно такие вопросы указывают на повышенный уровень тревоги и маскируют реальную негативную мысль. Ведь многие люди не просто задаются риторическими вопросами, а дают на них ответы негативного характера. Так, клиентка, которую волнует, примут ли ее другие люди, вероятно, на самом деле предполагает, что не примут. Клиент, которого беспокоит возможность неудачи, скорее всего, верит именно в такой исход. Клиент, переживающий, удастся ли ему выпутаться из сложных обстоятельств, вероятно, боится, что выхода нет. Поэтому, заметив, что клиент мысленно задает себе такие вопросы, предложите сразу дать на них ответ. Если окажется, что у него есть аргументы в пользу негативного прогноза, при работе с этой информацией можно выстроить интервенцию. Неспособность ответить на вопрос тоже может оказаться полезной, потому что даст вам шанс вместе собрать необходимую информацию. Представьте себе сценарий, в котором психотерапевт старается повысить вероятность выполнения домашнего задания.

ТЕРАПЕВТ: Как думаете, вы могли бы сделать что-то для решения этой проблемы на будущей неделе?

КЛИЕНТ: Не знаю, удастся ли мне даже попробовать. А вдруг ничего не получится? К тому же на будущей неделе я буду сильно занят.

ТЕРАПЕВТ: Хм... не до конца понимаю, что заставляет вас сомневаться. Можете ответить на вопрос, который только что прозвучал: «А вдруг ничего не получится?»

КЛИЕНТ: Думаю, я просто боюсь. Это довольно страшно делать. Я могу потерпеть неудачу и вернуться к тому, с чего начал. Точнее, станет хуже: я буду знать, что попытался – и у меня ничего не получилось. А сейчас у меня, по крайней мере, сохраняется надежда попробовать что-то изменить в будущем.

ТЕРАПЕВТ: Похоже, вас тревожит сама мысль о том, чтобы попробовать что-то сделать. Звучит так, будто вы заранее предполагаете, что ваши попытки обречены на провал.

С вопросами, начинающимися с «почему», работать чуть сложнее. Они могут принимать разные формы: «Почему со мной все время слу-

чается что-то плохое?», «Почему люди так жестоки?» или «Почему так сложно жить?». Наш опыт показывает: вынося эти вопросы в психотерапию, клиенты не хотят вовлекаться в философские дискуссии о природе человечности и мировой справедливости — скорее в подобной риторике отражается их система убеждений. Поэтому мы настоятельно рекомендуем терапевтам не пытаться отвечать на эти вопросы и не включаться в отвлеченные рассуждения. Для клиента намного полезнее, если на вопрос в духе «Почему так сложно жить?» вы ответите примерно следующее: «Похоже, этот вопрос для вас действительно важен. Я обратил(а) внимание, что в нем как бы заключено допущение о том, что жизнь сложна, и при этом разные люди по-разному объяснили бы, почему все так, а не иначе. Какое объяснение дали бы вы? Как думаете, почему так сложно жить?» Когда клиент пояснит свою позицию, в распоряжении психотерапевта, скорее всего, окажется полезная информация о его убеждениях и, вероятно, даже история их формирования. А такую информацию можно использовать в концептуализации с целью более точного определения целей терапевтического процесса. В ответе клиента могут содержаться и сведения о характеристиках предпочтительных для него терапевтических отношений. Например, вопрос «почему меня всегда бросают?» может отражать убеждения клиента, связанные с темой брошенности; в таком случае ее необходимо затронуть на сессиях для укрепления терапевтического альянса.

Клиенты, путающие мысли с убеждениями, схемами и допущениями

Некоторые люди озвучивают не только свои мысли или оценки конкретных ситуаций, триггеров, событий, но также собственные выводы по их поводу. Например, клиент в состоянии депрессии, которому не удалось выполнить домашнее задание, может сказать: «Я не справился, потому что чувствовал, что не могу даже начать. И это в очередной раз доказывает, какой я неудачник». Первая часть высказывания отражает мысли, относящиеся к бездействию (пусть и требующие прояснения), а вторая часть — вывод, сделанный на основе полученного опыта. На ранних этапах терапии полезнее сосредоточиться на первой части ответа, автоматической мысли (А. Т. Beck et al., 1979), возникшей в определенный момент и связанной с неспособностью начать выполнение задания. Эта часть реакции на ситуацию довольно специфична и конкретна, ее относительно легко трансформировать в домашнее задание на грядущую

неделю или в практическое упражнение для выполнения на сессии. А работа над мыслью о том, что клиент в целом неудачник, — задача слишком масштабная для начала психотерапии. Поэтому полезнее отметить для себя вывод, озвученный клиентом, и учитывать его при разработке концептуализации, а не пытаться сразу ее прокомментировать или изменить.

Хотя в таких случаях (особенно на ранних этапах психотерапии) мы рекомендуем сосредотачиваться на мыслях, характерных для клиента в конкретной ситуации, терапевт тем не менее может отметить для себя, какие более глубокие переживания, связанные с глубинными убеждениями или схемами, могут скрываться за такими мыслями. В приведенном выше примере глубинное убеждение касалось бы темы некомпетентности и обреченности на неудачу. Учитывая, какую сильную негативную реакцию вызвала у клиента неспособность приступить к выполнению домашнего задания, терапевт мог бы использовать тему достижений и успеха в следующем домашнем задании, чтобы разобраться, приведет ли ощущение успеха к улучшению настроения, а также повлияет ли ощущение неудачи или некомпетентности на усугубление подавленности и/или чувства безнадежности. Оба предсказания в целом соответствуют когнитивной концептуализации случая, и обе реакции позволят подтвердить ее правильность. По мере продвижения работы, в подходящий для этого момент, терапевт может раскрыть связь между ситуациями, которые активируют связанные с неудачами идеи, и соответствующей системой убеждений.

Клиенты, которые сразу пытаются отвечать на собственные негативные мысли

Хотя на ранних этапах терапии ваша работа ориентирована на выявление автоматических мыслей, многие клиенты быстро догадаются, что следующим шагом станет их изменение. Некоторые люди обращаются в терапию, уже имея представление о когнитивно-поведенческих интервенциях. Во многих формах для записи мыслей есть колонки, куда клиентам предлагают записывать реакции на негативные автоматические мысли. Поэтому неудивительно, что кто-то пытается отвечать на них еще до того, как формально начнется обсуждение этой практики. Хотя такие ответы имеют ряд положительных аспектов (в частности, они демонстрируют желание клиента погрузиться в работу и дают терапевту шанс воспользоваться спонтанным порывом в терапевтических

целях), мы по ряду причин не рекомендуем раньше времени переходить к данному этапу.

Прежде всего, велика вероятность, что клиенты будут использовать неудачные стратегии: если бы они могли справиться с этой задачей самостоятельно, у них не было бы текущих проблем и они не обратились бы к вам за помощью. Использование неудачных стратегий способно привести к разочарованию в терапии и даже подтолкнуть клиента к решению прекратить лечение раньше времени. Более того, слишком ранний переход к оспариванию мыслей может прервать поток негативных реакций на событие, мешая сбору информации для формирования более точного представления о мыслях и других реакциях, возникающих у клиента в разных ситуациях. Поэтому на этапе оценки негативных мыслей не стоит давать слишком много подсказок о том, как будет проходить дальнейшая работа, связанная с когнитивной реструктуризацией.

МЕТОДЫ СБОРА НЕГАТИВНЫХ МЫСЛЕЙ

Многие когнитивно-поведенческие психотерапевты используют Дневник записи дисфункциональных мыслей (А. Т. Beck et al., 1979; J. S. Beck, 2011; Greenberger & Padesky, 2015). Можно сказать, что он стал своего рода визитной карточкой когнитивной оценки; причем с годами в свет вышло несколько его версий. Такой метод сбора негативных мыслей, несомненно, эффективен, и мы часто используем его с клиентами. Тем не менее у классической версии Дневника (см. А. Т. Beck et al., 1979) есть ряд ограничений:

1. В первой колонке клиент указывает дату, время и ситуацию или триггер. В следующей колонке ему предлагают назвать эмоцию (эмоции). Расположение эмоций перед мыслями не согласуется с когнитивной моделью.
2. Характеризовать силу эмоций полезно для дальнейшего направления процесса оценки и интервенций. А вот оценка веры в мысль, как показывает наш опыт, — не слишком эффективная практика, так как у большинства клиентов высокая степень доверия к собственным мыслям.
3. Такая форма не позволяет собирать информацию о типах поведения, которое следует за автоматическими мыслями.
4. Включение колонки «когнитивные искажения» формирует у клиентов ощущение, что их мышление искаженное или неправильное.

Более того, хотя некоторые негативные мысли действительно искажают реальность и требуют применения определенных интервенций (см. главу 9), многие из них не особенно искажены — тогда заполнение этой колонки может стать проблематичным.

5. Включение колонки «рациональный ответ» иногда подталкивает клиентов формулировать реакцию на мысли слишком рано, когда они к этому еще не готовы.

Мы обычно используем модифицированную версию традиционного Дневника. Еще в начале терапии можно предложить клиенту завести тетрадь и приносить ее с собой на сессии. В такой тетради удобно записывать домашние задания, вести записи на сессии, отмечать негативные мысли. Переходя на этап сбора негативных мыслей, мы предлагаем расчертить на страницах тетради таблицу из нескольких колонок (см. рис. 8.2). Можно проделать то же самое в документе на компьютере, если клиенту так удобнее, или выдать ему распечатку. Неплохой вариант — хранить такие формы в распечатанном виде и предлагать клиентам завести папку, в которой можно собирать печатные материалы (формы для записи мыслей, раздаточные бланки и др.). Еще можно использовать мобильные приложения, разработанные для ведения Дневника мыслей. Это особенно актуально в работе с молодыми клиентами и всеми, у кого есть доступ к смартфонам, позволяющим отслеживать мысли практически в режиме реального времени (Luxton, McCann, Bush, Mishkind & Reger, 2011). Более того, электронные формы записи мыслей позволяют клиентам в несколько кликов отправить информацию психотерапевту перед сессией, при желании с соблюдением требований приватности.

Ситуация (дата, время, событие)	Автоматические мысли	Эмоции (перечислите типы и оцените интенсивность от 0 до 100)	Поведение или склонность к действиям

Рис. 8.2. Дневник записи мыслей, адаптация Добсонов (только для оценки)

Можно использовать и дневниковый формат записи мыслей, если он позволяет получить всю необходимую информацию. Хотя мы в нашей

практике с подобным не сталкивались, некоторые клиенты предпочитают использовать диктофон, а затем с помощью компьютерных программ расшифровывать записи и отправлять транскрипты терапевту. Поскольку функция аудиозаписи есть во многих современных гаджетах, можно просто надиктовать свои мысли и принести файлы на терапию. Если клиент не смог или не стал записывать мысли, их легко восстановить на следующей сессии.

Мы считаем, что информация, которая собирается с помощью Дневника, важнее, чем выбранный для этого формат. Клиент всегда должен активно участвовать в выборе формы записи информации о мыслях, так как это сильно увеличивает вероятность выполнения домашнего задания. Когнитивно-поведенческим психотерапевтам рекомендуется во время сессий всегда иметь под рукой распечатанные формы, чтобы давать их заинтересованным клиентам. При этом стоит проявлять гибкость в ситуации, если отдельный клиент предложит альтернативную форму ведения Дневника, потому что стандартная кажется ему непрактичной.

Иногда содержание негативных мыслей оказывается менее важным, чем другие характеристики. Так, негативные мысли клиента могут быть сосредоточены вокруг одной определенной ситуации. В таком случае оптимально отслеживать частоту возникновения данной мысли. Для этого, например, можно использовать специальные счетчики или другие точные и надежные системы подсчета. Встречаются также клиенты, у которых причиной большинства страданий является одна-единственная мысль (например, о собственной ответственности за слабое здоровье ребенка). В таких случаях наиболее полезно многократное оценивание силы доверия к этой мысли (которое, хочется верить, по мере прохождения психотерапии снизится, что станет индикатором терапевтического успеха). Конечно, любая подобная система подразумевает потерю некоторых данных: например, информации об обстоятельствах, в которых мысль возникла, и последствиях использования такого паттерна мышления. Однако иногда с клинической точки зрения лучшим решением будет пожертвовать этими данными в пользу отслеживания иных аспектов ситуации.

Некоторым людям трудно записывать информацию в Дневник между сессиями. Прежде чем давать такое задание, убедитесь, что клиент не испытывает дискомфорта в связи с необходимостью записывать личные моменты; что он запомнил все инструкции и сможет ими воспользоваться, когда потребуется; что сумеет сохранить конфиденциальность (мало кому хочется, чтобы такой Дневник обнаружили коллеги на работе).

Если клиент не будет участвовать в обсуждении задания, вероятно, вам придется использовать другую стратегию. Например, хотя лучше заполнять Дневник мыслей непосредственно в момент переживания события, если у клиента на работе отсутствует необходимая приватность, он может заполнять Дневник сразу после возвращения домой.

Некоторые клиенты говорят, что им удобнее запоминать информацию, а не записывать. Обычно мы скептически относимся к такому подходу, но если клиент настаивает, предлагаем ему провести эксперимент и попробовать все запомнить. Большинство клиентов в результате признают, что память оказалась менее надежным инструментом, чем они рассчитывали, и соглашаются вести Дневник. Очень часто им удается запомнить общее содержание мыслей, но не детали. Некоторые не хотят ничего записывать, потому что не любят свой почерк, переживают за качество письма и думают, что кто-то будет его оценивать. Некоторые пишут неграмотно и боятся, что это обнаружат в ходе обсуждения Дневника. Некоторые скрывают имеющиеся сложности с чтением и письмом, которых стыдятся. Обязательно поощряйте любые попытки клиента записывать мысли, даже если результаты будут отличаться от того, о чем вы договорились на предыдущей сессии. Изменить это можно будет в ходе последующей работы. Если же у клиента возникнет ощущение, что он сделал домашнюю работу неправильно, снизится желание выполнять задания в дальнейшем. Процесс записи мыслей и его полезность вы вместе с клиентом можете переоценить в дальнейшем.

С практикой большинство клиентов могут начать последовательно отслеживать свои негативные мысли, будь то запись мыслей или обсуждение. Для многих терапевтичным оказывается сам процесс: люди начинают видеть паттерны своего мышления, понимать, как они влияют на их эмоциональные и поведенческие реакции. Решение о переходе к следующей стадии психотерапии, предполагающей оспаривание негативных мыслей, принимает клинический специалист. На наш взгляд, имеет смысл посвящать одну-две сессии записи мыслей без попыток коррекции. Затем можно выбрать одну-две легкие цели интервенций и проверить, насколько эти мысли поддаются изменению. Мы считаем, что полезно рекомендовать клиентам вести Дневник мыслей при любой возможности хотя бы в течение месяца, а в дальнейшем возвращаться к этому инструменту более целенаправленно: при столкновении с повторяющимися или важными мыслями, попадании в особенно сложные ситуации или в случае переживания откатов назад, а также необходимости повторной отработки базовых навыков.

ИНТЕРВЕНЦИИ ДЛЯ РАБОТЫ С НЕГАТИВНЫМ МЫШЛЕНИЕМ

После того как клиент начнет отслеживать негативные мысли и сообщать вам о них, вы получите в свое распоряжение огромное количество информации. Некоторых начинающих когнитивно-поведенческих психотерапевтов объем работы пугает, они не знают, с чего начать.

В целом можно выделить несколько типов негативных мыслей, которым в терапии уделяется больше всего внимания:

- Обратите внимание на негативные мысли, связанные с сильными эмоциональными реакциями. Обычно мы рекомендуем работать с самыми эмоционально заряженными и «горячими» мыслями (Greenberger & Padesky, 2015).
- Обратите внимание на негативные мысли, связанные с сильными поведенческими паттернами: например, бегством или избеганием. Когниции могут иметь как эмоциональное, так и поведенческое выражение, а значит, ориентируясь на поведение, можно выделять наиболее значимые мысли.
- Обратите внимание на мысли, которые согласуются с вашей предварительной концептуализацией, результатами диагностики и составленным Списком проблем. Если у вашего клиента диагностировано расстройство пищевого поведения, обращайтесь особое внимание на мысли о еде и ее употреблении, форме и размере тела, а также о связанных с этим вопросах.
- Обратите внимание на мысли, отражающие негативные искажения. Зачастую они быстро поддаются интервенциям, основанным на поиске доказательств (см. главу 9).
- Обратите внимание на повторяющиеся мысли — скорее всего, они отражают когнитивные схемы и глубинные убеждения, действующие на клиента в разных ситуациях.
- Обратите внимание на мысли, которым клиент особенно доверяет, потому что их сложнее всего менять.
- Обратите внимание на мысли, которые вас удивят. Если клиент озвучит неожиданную идею, имеет смысл уделить ей особое внимание: вероятно, именно благодаря ей вы сможете доработать концептуализацию или даже цели терапии.

Начиная внедрять когнитивные интервенции в терапевтический процесс, вы можете выбрать мысль, работа с которой не даст желаемых плодов и окажется не слишком продуктивной. По крайней мере, эта работа может быть использована, чтобы продемонстрировать клиенту, как использовать метод когнитивно-поведенческой терапии, и вы можете использовать эту информацию, чтобы определить, где и как не вмешиваться в будущем. Мы считаем, что паттерны негативного мышления обычно отражают глубинное убеждение либо повторяющуюся стрессовую ситуацию, и поэтому вероятность того, что они исчезнут сами по себе без интервенций, мала. Продолжайте углублять психологическую оценку, уточняйте концептуализацию и сделайте еще одно усилие. Клиентам полезно видеть, что их психотерапевт иногда допускает ошибки!

Глава 9

КОГНИТИВНАЯ РАБОТА. ОБРАЩЕНИЕ К НЕГАТИВНЫМ МЫСЛЯМ

В главе 8 мы обсудили методы выявления и отбора мыслей, наиболее подходящих для проведения интервенций. В этой главе мы представим ряд методов, которые можно использовать для постановки под сомнение и изменения негативных мыслей. Глава разделена на три части в соответствии с типами интервенций: (1) методы, основанные на сборе доказательств «за» и «против» конкретных идей; (2) методы, в которых упор делается на формулирование альтернативных мыслей; (3) методы, основанные на значении, которое клиенты могут придавать своим мыслям. Мы также приведем руководство по выбору интервенций и завершим главу обсуждением типичных препятствий на пути успешного применения когнитивных интервенций.

Если вы тщательно поработали над Дневником мыслей и выявили когниции, которые беспокоят клиента сильнее всего (см. главу 8), значит, готовы начать когнитивную реструктуризацию. После определения целей интервенции можно выстраивать дальнейшую работу по модификации негативной мысли, ориентируясь на три базовых вопроса:

1. Какие доказательства можно найти «за» и «против» этой мысли?
2. Как еще можно было бы воспринять данную ситуацию?
3. Каковы последствия такого образа мыслей?

Успешность применения одного или нескольких вопросов зависит от природы мысли, с которой предстоит работать, фазы терапии и успехов конкретного клиента в применении этих методов.

Каждый базовый вопрос может быть реализован через разные интервенции. Первый полезен всего в ситуациях, когда негативная мысль, на ваш взгляд, отражает скорее искажение мышления, а не реальные обстоятельства, или, по крайней мере, более негативный взгляд на происходящее, чем требует ситуация. Второй вопрос (который, вероятно, уместно использовать после сбора информации о доказательствах) призывает клиентов задуматься над тем, является ли их образ мыслей единственно возможным или наиболее полезным в сложившейся ситуации. Третий вопрос настраивает на исследование, как сильно ситуация активирует глубинные убеждения и насколько дезадаптивны выводы клиентов. Формулировку каждого вопроса можно менять в целях достижения максимальной понятности. Каждый из описанных вопросов мы по очереди обсудим далее, а также рассмотрим интервенции, которые могут быть использованы в их контексте. В конце главы мы вернемся к обсуждению общей стратегии выбора приоритетного вопроса (Wenzel, 2013).

КАКИЕ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА МОЖНО НАЙТИ «ЗА» И «ПРОТИВ» ЭТОЙ МЫСЛИ?

Интервенции, связанные с первым вопросом (какие доказательства можно найти «за» и «против» этой мысли?), называют ориентированными на поиск доказательств. Обычно такие интервенции работают эффективнее всего в ситуациях, когда психотерапевт уверен, что клиенту свойственно некоторое когнитивное искажение. В ранних описаниях когнитивной терапии упор делался именно на такие искажения мышления (А. Т. Beck, 1970; А. Т. Beck et al., 1979); сегодня существует огромное количество их классификаций и описаний (например, см. табл. 9.1). Все эти искажения объединены общей темой неверного восприятия произошедшего с клиентом в действительности, причем обычно искажения отражают дисфункциональные убеждения людей о себе, других и мире. Иными словами, что-то реальное произошло, но восприятие события модифицировалось в соответствии с убеждениями клиента.

Здесь нужно сделать важное философское замечание: когнитивно-поведенческие психотерапевты обычно руководствуются идеей о том, что реальный мир существует независимо от нашего восприятия. Дерево, падающее в лесу, издает характерные звуки, даже если поблизости нет никого, кто мог бы их услышать. Допущение реализма (Dobson & Dozois, 2010; Held, 1995) согласуется с идеей, что психическое здоровье связано

с более точной оценкой событий реального мира и, следовательно, проблемы с психическим здоровьем связаны с его неверным, искаженным восприятием. Далее мы вернемся к этой теме и, в частности, обсудим, с какими открытиями в сфере когнитивно-поведенческой терапии такой эпистемологический взгляд не согласуется.

Таблица 9.1. Распространенные когнитивные искажения

Название	Описание
Мышление в духе «все или ничего»	Оно же: черно-белое или дихотомическое мышление. Оценка ситуации, подразумевающая всего два возможных исхода
Катастрофизация	Предсказание беды в будущем; игнорирование возможности позитивного развития событий
Предсказание будущего	Предсказание будущего, основанное на крайне скудной информации
Чтение мыслей	Уверенность в том, что человек знает, о чем думают другие люди
Обесценивание позитивного	Игнорирование или преуменьшение значения позитивной информации. Оно же: негативное «туннельное видение»
Преувеличение/преуменьшение	Преувеличение негативной информации; преуменьшение позитивной информации
Избирательное абстрагирование	Оно же: ментальный фильтр. Сосредоточение на одной детали, игнорирование общей картины
Сверхообщение	Склонность делать слишком масштабные выводы, основываясь на единственном примере или ограниченном количестве примеров
Ошибка атрибуции	Ошибки, связанные с определением причин разных событий
Персонализация	Уверенность в том, что сам человек является причиной негативных событий, игнорирование других возможных причин
Эмоциональное обоснование	Основанная на наличии негативных чувств уверенность в том, что нечто является плохим
Навешивание ярлыков	Навешивание обобщающего ярлыка на человека или явление вместо описания конкретных форм поведения и других аспектов

Примечание: Из Дж. Бек (1995). Copyright 1993 Дж. Бек. Адаптировано с согласия автора и The Guilford Press.

Еще одно важное теоретическое замечание связано с тем, что в рамках когнитивной модели принято выделять два источника нашего восприятия: (1) факты и обстоятельства, связанные с конкретной ситуацией, в которой мы оказались; (2) наши убеждения, допущения и схемы. Взаимодействия между ними формируют мыслительный процесс в конкретной ситуации — то, что мы называем автоматическими мыслями. Как следствие, эта модель подразумевает, что более точная оценка мира полагается скорее на восприятие и конкретные элементы наблюдаемого в текущий момент опыта; автоматические мысли полагаются скорее на глубинные убеждения, допущения и схемы. Иными словами, когнитивными искажениями выложена королевская дорога к глубинным убеждениям (Breuer & Freud, 1957; приносим свои извинения Зигмунду Фрейд). Поэтому когнитивно-поведенческие психотерапевты стараются находить и разбирать свойственные клиентам искажения. Более того, руководствуясь идеей о том, что клиенты могут исказить реальность в своих представлениях и что такие искажения связаны с их личными глубинными убеждениями и схемами, когнитивно-поведенческие психотерапевты начинают программы лечения с выявления и модификации этих искажений. Ниже мы опишем основные методы, используемые в такой работе. Тем не менее этот список стратегий достижения указанной цели нельзя назвать исчерпывающим; мы рекомендуем изучить и другие источники (J. S. Beck, 1995, 2005; Leahy & Holland, 2000; McMullin, 2000; Wenzel, 2013).

Общие принципы

Действия по сопоставлению автоматических мыслей и их доказательств основаны на нескольких опорных принципах, продемонстрировать которые можно с помощью разных техник. Именно этими принципами определяется необходимость оказания помощи клиентам в понимании того, что даже те мысли, которые *по ощущениям кажутся* правильными, могут подвергаться переоценке. Поэтому когнитивно-поведенческие психотерапевты стараются донести до клиентов, что вероятность не равна определенности; эмоциональное состояние не подтверждает правильность вызывающих его мыслей; мысли могут быть точными или искаженными. Все это — важные последствия допущения реализма, но клиент и психотерапевт могут не разделять философские основы данного принципа. В некоторых случаях нужно напрямую оценить позицию клиента относительно этого допущения. Например, психотерапевт может

спросить: «Возникновение у вас определенной мысли предполагает, что эта мысль обязательно верна?» или «Как вы относитесь к идее о том, что ваши мысли не всегда верны?». Это позволит оценить способность и готовность клиента дистанцироваться от сиюминутного опыта и выполнить метакогнитивное задание по оценке собственных мыслей.

Чтобы подбирать и планировать проведение интервенций, когнитивно-поведенческие специалисты должны знать спектр возможных искажений и уметь их выявлять. Лучше заранее подготовить список когнитивных искажений, чтобы иметь его под рукой и в случае надобности давать клиентам. Если клиент принимает возможность существования мыслительных искажений, он способен сам помочь вам в их выявлении. Получив список искажений и прослушав объяснения, такой клиент использует его в процессе ведения Дневника, сразу замечая потенциально искаженные мысли. У одного из авторов этой книги (К. Д.) был клиент, который развил навык выявления искажений настолько, что сразу говорил себе: «Ага, это снова преувеличение», что позволяло ему быстро снижать доверие к искаженным мыслям. Некоторые клиенты начинают замечать искажения в словах других людей, что тоже помогает формировать понимание когнитивных стилей. Еще один формальный способ, используемый для организации выявления и называния искажений, — добавление в Дневник соответствующей колонки.

Большинству клиентов не свойственно использовать все когнитивные искажения, собранные в табл. 9.1. Обычно у каждого есть несколько «любимчиков», а то и одно предпочтительное, часто проявляющееся искажение. Так, у клиентов, которые на протяжении жизни оказываются в позиции жертвы или ощущают себя пострадавшими, доминирующим искажением может быть персонализация. Такие люди склонны воспринимать слова собеседника («У меня слишком много работы») как повод взять ответственность на себя («Это я виноват, что вчера не задержался на работе»). В подобных случаях использование полного списка когнитивных искажений вряд ли будет эффективным. Терапевту скорее придется помочь клиенту с осознанием нескольких чаще всего используемых искажений и сосредоточить клиническую работу именно на них. Среди описанных ниже интервенций будут в том числе подходящие для работы с одним-двумя искажениями.

К методам поиска доказательств и опровержений автоматических мыслей относится также их оценка, исходя из полученных опытным путем данных. Зачастую именно с целью сравнения мыслей и реальных результатов разрабатываются поведенческие эксперименты. Данная стратегия способствует укреплению отношений сотрудничества между

терапевтом и клиентом и эмпирической проверке гипотез, а также ориентирует на активное решение проблем вместо их избегания.

Проверка доказательств негативных мыслей

Один из самых прямых подходов к работе с искажениями — спросить клиентов, какие доводы они *сами* используют для объяснения текущей ситуации или триггерного события (важна не ваша интерпретация происходящего и не то, как клиенты должны ее понимать, а их рассуждения). Такая практика позволяет не только собирать полезную информацию, но и в некотором смысле отдавать дань уважения привычным для клиента когнитивным схемам. Вы можете разобрать разные аспекты используемых им доказательств, в том числе тип, качество и количество. Можете сопоставить их с другой информацией — не полностью соответствующей или противоречащей выводам, которые делает клиент (например, «Да, моя начальница критиковала меня на собрании отдела продаж, *но* пять месяцев назад она написала довольно позитивный отзыв о моей работе»). Использование данной стратегии может быть особенно эффективным, когда после описания клиентом провоцирующего события у вас появится ощущение, что его восприятие ситуации продиктовано скорее характерными убеждениями, нежели объективными данными.

В некоторых случаях сократовский диалог, ориентированный на выявление доказательств, подтверждающих и опровергающих оригинальную негативную мысль, может выявить отсутствие у клиента информации, необходимой для вынесения заключения о событии или ситуации. Если вы хотите дать ему задание, направленное на поиск недостающих данных, сначала выясните, достаточно ли ситуация важна для клиента, чтобы посвящать выполнению такого задания время между сессиями. Иногда сложности с выполнением заданий связаны с необходимостью воссоздавать беспокоящую клиента ситуацию для формулировки возможных альтернативных интерпретаций. К этой же группе заданий относится обсуждение ситуации с другими людьми с целью выяснить их взгляд на происходящее. Использовать такую стратегию допустимо, но следует заранее убедиться, что клиент готов и хочет воспринимать не соответствующую его исходной точке зрения информацию. Поэтому вопросы, используемые для сбора дополнительных данных, должны быть нейтральными, не наводящими (например, можно спросить коллегу: «Как думаешь, как начальник ко мне относит-

ся?»), но не: «Он ведь критиковал меня тогда, ты согласен?»). Человек, мнением которого будет интересоваться клиент, должен вызывать у него доверие, чтобы полученная информация была принята к сведению, а не искажена или обесценена. Вы можете, например, спросить себя и клиента: «Какие доказательства и данные вам нужны, чтобы убедиться, что автоматическая мысль не верна?». Если ни вы, ни клиент ответить на этот вопрос не сможете или если сбор доказательств окажется нереалистичной задачей, лучше перейти к другим вопросам и рекомендовать клиенту в будущем обращать внимание на информацию, актуальную в контексте поднятой темы.

Выявление нереалистичных ожиданий

Многим клиентам свойственно не только искаженное восприятие прошедших событий, но и предсказание негативных сценариев в будущем. Тревожные люди в этом деле настоящие эксперты, причем некоторые мастерски помогают своим негативным предсказаниям воплощаться в жизнь. Например, мужчина, уверенный в собственной стеснительности и тревожности, избегает социальных ситуаций и тем самым не дает себе получать информацию, которая опровергла бы его убеждения. Если вы поможете такому клиенту увидеть его самореализующиеся пророчества и собрать доказательства «за» и «против» предсказаний, позволите ему дискредитировать доверие к негативным ожиданиям.

Существует несколько терапевтических действий, способных максимизировать для клиентов преимущества интервенций по сбору доказательств, относящихся к негативному предсказанию:

1. Проясните ожидания клиента, запишите их в максимально четкой и полной форме. У некоторых клиентов процесс дистанцирования от мыслей запускается уже на данном этапе («На самом деле я не думаю, что случится именно это»), поэтому убедитесь, что сформулированные в итоге предсказания действительно близки клиенту.
2. Определите, какие доказательства клиент использовал бы для опровержения своего предсказания. Предложите ему описать худший, лучший и наиболее реалистичный вариант развития событий, а затем назвать потенциальные доказательства каждого. Помните: часто этот процесс сам по себе приводит к декатастрофизации предсказаний, поэтому важно следить, чтобы сбор доказательств был у всех трех вариантов развития событий.

3. Попросите клиента описать, как он будет собирать доказательства. Это позволит убедиться, что он найдет актуальную в контексте его ожиданий информацию. Если необходимо, можете заранее придумать систему записи результатов, чтобы снизить риск реинтерпретации события клиентом в промежутке между сессиями.
4. Если возможно, помогите клиенту максимально точно сформулировать домашнее задание и сформировать готовность к его выполнению. В главе 5 мы обсудили, как повысить вероятность выполнения домашнего задания. Не забывайте, что иногда процесс сбора информации настолько же важен, как и его результат. По большому счету это задание транслирует клиенту следующее послание: он способен встретиться с проблемной ситуацией лицом к лицу, не избегая ее; причем иногда выполнение задания приводит к неожиданным результатам, которые вносят серьезный вклад в дальнейший терапевтический процесс. Если выполнение идеального домашнего задания невозможно (например, из-за связанных с межличностным взаимодействием ограничений), обозначьте пределы данных, которые клиент способен собрать, и оцените, стоит ли выполнять задание с учетом потенциального несовершенства информации, которая будет получена в результате. Если клиент выразит желание выполнить задание, скажите, что обсудите результаты на следующей сессии.
5. На следующей встрече обязательно включите разбор задания в повестку дня. В соответствующий момент на сессии предложите клиенту описать осуществленные действия и их итоги. Если выполнить задание как планировалось не удалось, все равно отметьте полученные результаты. Затем сравните ожидания клиента по поводу домашнего задания и реальные итоги его выполнения. Старайтесь прямо не переоценивать результаты и не убеждать клиента, что итог оказался не столь негативным, как он ожидал. Вместо этого помогите ему:
 - похвалить себя за приложенные усилия;
 - выявить обесценивание, если оно имеет место (например, «Все оказалось не так сложно, как я ожидал» и «Да с этим заданием любой бы справился»);
 - если клиент склонен к негативным предсказаниям в целом, предложите ему сформулировать ценность этого процесса. Спросите, хочется ли клиенту в своих действиях в будущем больше опираться на реальные доказательства;

- признать, что столкновение со сложными вопросами (вместо их избегания) полезно, так как позволяет собрать более точную информацию о реальных проблемах;
- разобраться со стратегиями решения проблем (см. главу 6), возникающих в процессе выполнения задания.

Если нужно, придумайте дополнительное домашнее задание, связанное с предсказаниями, чтобы проверить, удастся ли клиенту повторить осуществленные действия в иной области. В общем и целом старайтесь обобщать позитивные результаты любой проверки предсказаний.

Проверка ошибок атрибуции

Атрибуции — это объяснения причин событий. Существуют три наиболее известных измерения атрибуций: локус (внутренний и внешний), стабильность (единоразовая/нестабильная и постоянная/стабильная), специфичность (относится к отдельной ситуации или глобальная). Исследования показывают, что депрессия связана, с одной стороны, со склонностью к внутренним, стабильным и глобальным атрибуциям в отношении неудач (например, «Я неудачник по жизни»), и в то же время к внешним, нестабильным и специфичным атрибуциям в отношении успехов (например, «Мне просто повезло в этот раз») (Abramson & Alloy, 2006). Клиентам, которым трудно контролировать выражение гнева, свойственны внешние, стабильные и глобальные атрибуции по отношению к негативным событиям, например: «Он хотел меня обидеть, и, если я ему это позволю, он сделает так снова» (Allred, 2000). Поэтому психотерапевтам важно внимательно отслеживать ошибки атрибуции и прорабатывать их с клиентами. В частности, можно собирать максимум информации о проблематичной ситуации и выделять взаимосвязи между событием и атрибуциями. Зачастую с проблемными атрибуциями связаны такие когнитивные искажения, как чтение мыслей и персонализация (например, «Они делают это специально», «Они хотят мне навредить»). Необходимо обращать внимание клиентов на такие мыслительные искажения. Иногда домашнее задание, основанное на сборе доказательств, может использоваться в том числе с целью выявить ошибки атрибуции через демонстрацию контраста между мыслями клиента и реальными фактами.

Круговые диаграммы для оценки причин событий

В качестве примера техники, подходящей для работы с ошибками атрибуции, можно назвать круговые диаграммы. Так, если клиент винит себя за результат некоторых событий (например, «Жена ушла от меня, потому что я плохой муж»), можно обратить его внимание на то, что он берет на себя полную ответственность за произошедшее. Вы можете выразить сочувствие: сказать, что представляете, как плохо должно быть человеку, который целиком и полностью виноват в распаде брака. Затем нарисовать круговую диаграмму, изображающую приписывание 100 % вины ему одному (рис. 9.1). А после предложить ему назвать другие возможные факторы ухудшения отношений. Припомните, что именно жена ушла от него, а не наоборот, — это наводит на мысли о ее роли в распаде отношений. Предложите клиенту оценить ее вклад в произошедшее: скажем, пусть будет 30 %. В процессе обсуждения порой становится понятно, что члены семьи не поддерживали брак, а значит, и им можно приписать, например, 10 % ответственности. Кроме того, профессиональный статус обязывал клиента много времени проводить в разъездах, что являлось источником напряжения в семье, следовательно, ему можно приписать еще 10 % ответственности за распад их брака. И еще столько же — финансовым неурядицам. В итоге получится диаграмма, изображенная в нижней части рис. 9.1.

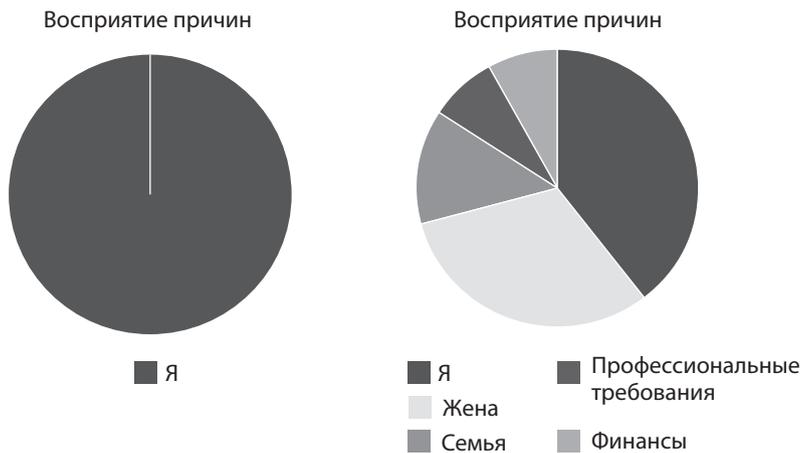


Рис. 9.1. Оригинальная (слева) и пересмотренная оценка атрибуций в форме круговой диаграммы

Выполняя упражнение на реатрибуцию, не обязательно применять круговые диаграммы — можно использовать метафору процентов. В работе с некоторыми клиентами достаточно назвать вероятные причины, которые могли внести свою лепту в произошедшее, без распределения процентов ответственности. При использовании данной техники главное — убедиться, что клиент рассматривает все факторы, повлиявшие на результат, и, насколько возможно, сопоставляет собственный вклад с влиянием других обстоятельств.

Изменение ярлыков

Многим свойственно навешивать на себя или других обобщающие ярлыки вместо того, чтобы оценивать конкретные действия и аспекты, связанные с ними. Навешивание ярлыков — коварный процесс, потому что он мешает людям видеть возможность изменений в будущем. В работе с клиентами, которым свойственно деструктивное навешивание ярлыков, можно применять разные техники.

Во-первых, указать клиенту на то, что он использует при описании людей ярлыки, и обсудить возможные последствия такого подхода. Во-вторых, можно использовать сократовский диалог, чтобы понять, как ярлыки мешают будущим взаимодействиям и превращаются в самореализующиеся пророчества. Также полезно прояснять с клиентами, какие формы поведения и характеристики подразумевает конкретный ярлык. Затем стоит проверить, насколько человеку, удостоившемуся навешивания ярлыка, свойственны перечисленные качества и формы поведения, а после разобрать примеры обратного — несоответствия человека ярлыку. Если уместно, вы можете дать клиенту домашнее задание, связанное со сбором информации, которая подтверждает либо опровергает ярлык (приятными побочными эффектами его выполнения часто оказываются рост активности, экспозиция, связанная с определенным человеком, и последующее смягчение отношения к нему). Это упражнение способно стать своего рода мостиком, который приведет вас к обсуждению ценности умения сосредотачиваться на конкретных и поддающихся корректировке аспектах явления, а не на незыблемых ярлыках. Затем можно перейти к использованию других техник, соответствующих запросу клиента: решению проблем, тренингу социальных навыков или ассертивности.

Переход от дихотомического мышления к использованию градаций

Дихотомическое мышление (также называемое черно-белым или мышлением в духе «все или ничего») — распространенное когнитивное искажение. Оно может выражаться в крайней форме ошибки атрибуции (например, «Это *все* — моя вина»), категоричных суждениях о характеристиках пережитого опыта (например, «Хуже я себя *никогда* не чувствовал», «Она — *самый* невыносимый человек на свете», «Я *полный* неудачник»). Искать нужно слова, которые описывают крайние значения на некоем подразумеваемом континууме.

Распознав дихотомическое мышление, сначала следует помочь клиентам понять, какие категоричные выражения они используют там, где, скорее всего, присутствует градация. Например, если клиент говорит: «Мой практикант ни на что не способен», — можете ответить следующее: «Вы утверждаете, что он ни на что не способен. Часто люди различаются тем, насколько они полезны или бесполезны, и их полезность может даже меняться в разные дни и увеличивается по мере обучения. Я думаю: может, было бы уместно дать более точную оценку его способностям и присмотреться к тому, на чем вы основываете свои суждения?» Если клиент увидит пользу в такой практике, можно обсудить понятия, которыми он привык оперировать (например, «ни на что не способен»), и собрать доказательства «за» и «против» озвученного утверждения.

Существует и другая стратегия работы с черно-белым мышлением, в рамках которой нужно разобраться, насколько клиент способен рассмотреть континуум, лежащий в основе его суждений. Для этого полезно определить опорные точки, критерии оценки и примеры, которые можно разместить на разных позициях континуума, — это позволит оценить, насколько исходная автоматическая мысль соответствует предложенным ориентирам или отражает некоторое преувеличение. Вы также можете придумать эксперименты для определения обоснованности категоричной автоматической мысли через сбор доказательств «за» нее и «против». Так вы подтолкнете клиента к меньшей категоричности и изучению всего спектра возможных оценок. Подобные упражнения обычно помогают клиенту продвинуться на пути достижения желаемых изменений, а не целиком и полностью отказаться от использования категоричных суждений, что, безусловно, сложнее сделать.

Важно выделить еще один аспект дихотомического мышления, который заключается в том, что исходное суждение клиента нередко имеет под собой определенные основания. Возможно, упомянутый выше практикант на что-то способен, но его взаимодействие с клиентом могло не оправдать требований, а то и вовсе предполагать дисциплинарные взыскания. Ценность более градуированных суждений заключается не в полном отказе от негативного дихотомического мышления, но в приведении его в большее соответствие с фактами. А это, в свою очередь, позволяет справиться с ситуацией более реалистичными средствами и в менее драматичной манере.

Эмоции и эмоциональное обоснование

Эмоциональное обоснование представляет собой когнитивное искажение, при котором клиент использует собственные эмоциональные реакции в качестве подтверждения истинности предшествовавших им когниций. Например:

КЛИЕНТ: Моя мать хотела меня наказать, я чувствовал себя таким виноватым.

ТЕРАПЕВТ: А почему вы думаете, что ваша мать именно этого хотела?

КЛИЕНТ: Из-за того, что почувствовал вину.

Конечно, испытывать чувство вины можно по ряду причин, некоторые из них действительно могут быть связаны с поведением других людей; однако эмоциональная реакция не используется как обоснование самой себя. Этот процесс отражает логическую ошибку, так называемое *подтверждение антецедента (после того — значит вследствие того)*: после А происходит В, вследствие чего делается вывод, что А вызывает В.

Впрочем, можно помочь клиенту распознать отсутствие доказательной базы у эмоционального обоснования и без обращения к курсу логики. Так, в приведенном выше примере можно начать с обсуждения распространенных причин возникновения чувства вины. Исследовать, в какой степени его можно объяснить поведением других людей, а не внутренними диалогами клиента об этом поведении. Вы можете сопоставить степень выраженности чувства вины, которое испытает клиент, если одни и те же слова скажет определенный человек (например, мать) или кто-либо другой. Проверить, как часто антецедент возникает без эмоции или с ней (например, как часто клиент руководствуется эмоциональным

обоснованием), а также какие иные причины могли лежать в основе события-триггера («Как думаете, почему еще ваша мать могла сказать то, что сказала — если предположить, что она не руководствовалась желанием заставить вас почувствовать себя виноватым? Могла ли она действовать, например, исходя из безразличия к тому, что вы делаете?»). Иногда такое обсуждение позволяет собрать дополнительные данные, чтобы определить реалистичные причины antecedента и, как следствие, привести мысли клиента в большее соответствие с фактами.

Когнитивная терапия, основанная на расследовании

Существует инновационный тип когнитивной терапии, который доводит проверку доказательств до предельного уровня. Когнитивная терапия, основанная на расследовании (de Oliveira, Hemman, et al., 2012), выстроена вокруг метафоры суда, в котором клиентам предлагается попробовать мыслить негативно, одновременно выступая в роли правоведа (определяющего понятие «преступление»), полиции (находящей доказательства), истца (избирательно представляющего найденные доказательства) и судьи (определяющего наказание). Эту метафору можно использовать, чтобы донести до клиентов разницу между ролями и идею о том, что в любом суде всегда должен присутствовать адвокат. Используя специально разработанную форму записи мыслей (de Oliveira, 2007), терапевт помогает клиенту расширить эту метафору, собрав доказательства и для истца, и для адвоката, а также представить себе более непредвзятого судью, который справедливо определит исход дела. На момент написания этой книги у нас нет данных о результатах формальной оценки описанной модели в клинических исследованиях; однако имеются свидетельства полезности такой метафоры для клиентов, которым предлагается найти доказательства «за» и «против» их исходных мыслей (de Oliveira, Powell, et al., 2012).

АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ СПОСОБЫ МЫШЛЕНИЯ О СИТУАЦИИ

Хотя стратегии, основанные на поиске доказательств, зачастую являются эффективными методами коррекции когнитивных искажений, они эффективны лишь в случаях, когда мысли клиента действительно

отражают ситуацию искаженно. Тем не менее некоторые негативные мысли, заставляющие человека испытывать эмоциональный дискомфорт или выбирать дисфункциональную форму поведения, довольно точно отражают обстоятельства, в которых он оказался. Иными словами, негативные когниции могут быть верными — даже хорошие люди попадают в плохие ситуации. Кроме того, иногда психотерапевт решает зайти в интервенциях чуть дальше и продолжить когнитивную работу после того, как исходные искажения проработаны и модифицированы. В таких ситуациях рекомендуется использовать описанные ниже методы.

Формулирование и оценка альтернативных мыслей

Иногда проверка доказательств в пользу негативной мысли демонстрирует ее несостоятельность. Однако даже если сбор доказательств подтвердил ее обоснованность, вам с клиентом может стать очевидно: негативные мысли тем не менее не помогают в сложившейся ситуации. В любом случае, можно предложить клиенту сформулировать более адаптивные, полезные или полные заботы и сочувствия альтернативные мысли. Для достижения этой цели применяются разные методы:

1. Пересмотр доказательств или сбор новой информации может показать, что исходная негативная мысль необоснованна. В таком случае полезно объяснить клиенту, что, хотя мысль на момент ее возникновения отражала то, что он чувствовал и как рассуждал (например, соответствовала его глубинным убеждениям), теперь полезнее сформулировать альтернативную, менее негативную мысль. Если клиент согласится с этим, предложите ему придумать одну или несколько альтернативных формулировок, которые будут согласовываться с фактами и вызывать доверие. Обязательно оцените степень соответствия новой мысли собранным доказательствам, и если совпадение будет не полным, вместе с клиентом поищите альтернативы. Замена негативного когнитивного искажения более позитивным когнитивным искажением не представляет особой терапевтической ценности.

2. Если до совершения этого шага пересмотр имеющихся доказательств не проводился, но вы с клиентом сошлись на том, что его негативные мысли не особенно полезны, вы также можете помочь ему найти альтернативные формулировки. В данном случае не нужно просить клиента найти альтернативу, основанную на фактах, — вас скорее интересует ее практическая полезность. Разные клиенты реагируют на

такое предложение по-разному. Кто-то сразу откликается, а для кого-то придется подобрать другие описания интересующей формулировки: например, более адаптивная, заботливая, поддерживающая или полная сочувствия мысль. Отдельную пользу может принести обсуждение более подходящей формы определения альтернативных мыслей еще до того, как вы перейдете к их формулированию. Клиент должен быть согласен с тем, что поиску альтернативы стоит уделять время и что она применима в условиях его жизни.

3. После того как вы сформулируете более обоснованную или потенциально более адаптивную мысль, предложите клиенту перечислить преимущества и недостатки исходной и альтернативной мыслей. Следите за тем, чтобы при этом сохранялось уважительное отношение к оригинальным суждениям клиента (например, чтобы они не обесценивались как искаженные или неправильные), а также обращайте внимание на то, что даже использование альтернативных мыслей может быть связано с определенными сложностями. Тем не менее в идеале по завершении анализа вам с клиентом должно стать понятно, что новая, основанная на фактах и/или большем сочувствии мысль является более здоровым выбором.

4. Если вы сочтете нужным зайти в применении предыдущей стратегии дальше, предложите клиенту расписать ответ на негативную мысль в формате «аргумент и контраргумент». Вместе с ним сформулируйте вызывающие доверие и основанные на фактах альтернативы свойственным ему негативным автоматическим мыслям. Вы можете записать их на специальные карточки: автоматическую мысль — с одной стороны, здоровую альтернативу — с другой. Можно также потренироваться вспоминать придуманные формулировки, если данная практика покажется полезной: вы будете зачитывать оригинальные автоматические мысли, а клиент попытается дать на них альтернативный ответ. Затем свяжите несколько негативных когний, имитируя реальный мыслительный поток (или транскрипт выступления воображаемого обвинителя в мыслительном суде) — так клиент потренируется отвечать на массивное негативное воздействие. Более того, если он успешно справится с заданием, можете сыграть «адвоката дьявола»: не просто повторять его оригинальные негативные мысли, а усиливать их, усложняя задачу. Если решите применить этот прием, сначала объясните клиенту, зачем так делаете, и приступайте, только получив его согласие. Содержание ваших комментариев не должно заставить клиента врасплох, он должен понимать, какова польза усложненного упражнения.

5. Рациональная ролевая игра — еще одна техника для оспаривания негативных мыслей. Она строится на метафоре театральной постановки, в которой исходные и альтернативные мысли являются «актерами». По большому счету разыгрывается вербализация оригинальных негативных мыслей и их реалистичных и/или помогающих альтернатив, своеобразный диалог негативного и адаптивного мышления. Организовать ролевую игру в идеале нужно следующим образом: терапевт проговаривает негативные когниции, клиент — более адаптивные, альтернативные. Однако если клиенту сложно подбирать подходящие ответы, вы можете на какое-то время поменяться ролями: чтобы клиент проговаривал негативные мысли и слушал, как вы озвучиваете адаптивные ответы, и лишь после этого принимался за дело сам. Заканчивать такую рациональную ролевую игру лучше так, чтобы роль адаптивных и более полезных альтернативных мыслей брал на себя клиент, а не вы. Цель этого упражнения — обучить клиента быстрому и эффективному реагированию на негативные мысли, чтобы он мог применять данный навык между сессиями.

6. В идеале применение описанных выше стратегий должно плавно перетекать в формулировку домашнего задания, в котором клиент согласится опробовать новый образ мыслей в реальной жизни. Потренироваться прямо на сессии можно, например, сгенерировав одну или несколько сложных ситуаций, в которые клиент может попасть в течение грядущей недели, чтобы проверить, удастся ли ему воспользоваться более адаптивным и менее дисфункциональным образом мышления. Вместе с клиентом выберите конкретный пример из его Дневника, сформулируйте альтернативные мысли и обсудите преимущества нового образа мыслей. Соответствующая новая колонка для записи альтернативных мыслей может быть добавлена непосредственно в Дневник (рис. 9.2);

Ситуация (дата, время, событие)	Автоматиче- ские мысли	Эмоции (перечислите типы и оцените интенсивность от 0 до 100)	Поведение или склонность к действи- ям	Альтер- нативные мысли	Послед- ствия

Рис. 9.2. Адаптированная форма для ведения Дневника мыслей с дополнительными колонками для записи альтернативных мыслей и их последствий

затем и еще одна, где клиент будет описывать поведенческие последствия применения новой альтернативной мысли (в идеале он должен ощутить менее негативные или более позитивные эмоции и продемонстрировать менее дисфункциональное или более адаптивное поведение).

7. Некоторым клиентам придумывание адаптивных ответов на негативные мысли дается с трудом. В такой ситуации действовать можно по-разному. Например, вы сами предлагаете альтернативные ответы на негативные мысли клиента. С точки зрения консультирующего специалиста, этот вариант может показаться легким и быстрым, но при его использовании нужно учитывать ряд оговорок. Ваши альтернативные предложения не должны позиционироваться как правильный или верный образ мыслей — скорее, как варианты, предлагаемые клиенту для рассмотрения и оценки. И только клиент решает, использовать их или нет. Многие когнитивно-поведенческие психотерапевты предлагают клиентам оценить подобные альтернативы (например, «Как думаете, оказались бы подобные размышления полезными?»), чтобы стимулировать их на более активное участие в выборе подходящих рассуждений. Еще один прием, помогающий найти альтернативные формулировки, — нахождение разных вариантов или проведение «опроса» на основе собранных по исходной негативной мысли данных. Так, если у клиента есть мысли об опасности, связанной с пребыванием в определенных местах, предложите ему опросить друзей и коллег, чтобы узнать, как они оценивают опасность волнующих его ситуаций (при этом помните, что в результате опроса, в том числе, может обнаружиться консенсус относительно конкретных когнитивных; вероятно, в социальном кругу клиента все разделяют аналогичные опасения!). Как вариант, предложите клиенту обратиться за обратной связью к экспертам. Негативные когнитивные некоторых людей характеризуются определенным моральным подтекстом, или их взгляды могут быть сформированы на основе религиозных убеждений. В таком случае может оказаться полезной консультация с духовником по поводу волнующего вопроса и его соответствия моральным или религиозным доктринам либо насчет допустимой степени модификации или персонализации этой мысли.

8. Юмор — довольно эффективный и потенциально мощный способ изменения негативного мышления. Он по определению предполагает творческое, порой странное смещение точки зрения, из-за которой старые идеи или утверждения кажутся глупыми или смешными (Wright, Ramirez Basco, & Thase, 2006). Доктор Альберт Эллис сформулировал знаменитую шутку: если бы марсиане когда-нибудь высадились на Земле, они умерли бы со смеху, узнав, какие иррациональные мысли

возникают у людей (Heery, 2001). Использование подобных утверждений в терапии может способствовать переосмыслению мыслей клиентов: они взглянут на происходящее по-новому и, вероятно, увидят, что над мыслями, которые беспокоили их ранее, действительно можно посмеяться. Тем не менее при использовании юмора крайне важно соблюдать грань: клиентов можно подводить к мысли о том, что в какой-то момент их прошлые убеждения могут показаться им смешными, но ни в коем случае нельзя смеяться над самими клиентами. Кроме того, юмор должен быть добродушным — не саркастическим и не обидным. На наш взгляд, использование юмора уместно на более поздних этапах терапии, когда у вас с клиентом установились позитивные рабочие отношения и изначальное напряжение клиента снизилось, по сравнению с тем, в каком состоянии он пришел на первую встречу. Юмор может оказаться полезным и в контексте самораскрытия специалиста, помогая клиенту понять, что и терапевт иногда допускает ошибки, оказывается в забавных ситуациях (в главе 4 мы разобрали тему самораскрытия подробно).

9. Еще один, не прямой способ поиска альтернативных мыслей — обсуждение полезности использования негативных мыслей. Даже клиенты, которые не особенно верят в силу альтернативных мыслей, иногда признают отсутствие пользы исходных негативных мыслей. Они, вероятно, хотя бы реже прибегают к негативным рассуждениям или, когда подобные мысли все же будут возникать, научиться признавать, что страдания вызывают именно мысли, а не события. Иногда полезно предложить клиенту подумать, что он сказал бы другу, рассуждающему подобным образом. Зачастую люди готовы проявить больше сочувствия и участия к другим людям, чем к себе; следовательно, в дальнейшем вы сможете подтолкнуть клиента к мысли о том, что он заслуживает не меньшего сочувствия, чем другие. Бывает полезным проговорить, что клиент сказал бы близкому человеку, оказавшемуся в аналогичной ситуации. Некоторым проще выражать сочувствие и заботу, когда они представляют, что обращаются к ребенку, которого кто-то обидел; особенно если корни их негативных мыслей уходят в события, пережитые в детстве. Вы также можете предложить провести анализ преимуществ и недостатков оригинальных и альтернативных мыслей для оценки сравнительной полезности обоих стилей рассуждения.

10. Иногда клиенты замечают у себя противоречивые мысли. Скажем, клиентка с низкой самооценкой может казаться себе бессильной и в то же время брать на себя полную ответственность за неудачи, произошедшие в ее жизни. Как можно одновременно быть бессильной и влиять на

окружающий мир? Если вашим клиентам свойственны подобные мысли, полезно эти противоречия разбирать, помогая им формулировать более адаптивные и желательно более реалистичные компромиссы.

11. Еще одна интервенция называется «тик-так», как звуки, издаваемые часами. Клиент может представить себе маятник на старинных часах, который качается из стороны в сторону: от «мыслей, которые мешают выполнению задачи» к «мыслям, которые ориентированы на выполнение задачи». Такой метод особенно полезен в работе с клиентами, у которых регулярно возникают похожие мысли, мешающие достижению каких-либо целей (например, «У меня не получится»). Интервенция предполагает формулировку вызывающих доверие коротких альтернативных мыслей, которые клиент может проговаривать вместо привычных негативных формулировок (например, «Мне не нужно делать все это сразу» и «Даже немного — уже хорошо»). Затем всякий раз при возникновении негативных мыслей нужно «качать маятник» в обратную сторону, вспоминая альтернативную мысль.

12. Для подготовки и быстрого поиска ответа на негативные мысли, кроме техники «тик-так», можно использовать специальные карточки. Они заполняются по итогам осуществления практически любых интервенций, описанных выше; на них с целью подкрепления адаптивного здорового мышления записываются результаты обсуждения разных тем и вопросов. Практическое использование клиентами подобных карточек можно организовать по-разному. Например, расположить их над рабочим столом, в машине или в укромном месте дома. Носить в сумочке или закрепить на рабочем столе компьютера. Открывать на смартфоне и перечитывать перед сложными звонками. Однако стоит отметить, что использование карточек отличается от применения мантр или позитивного мышления. Утверждения в духе «Каждый день я становлюсь лучше и лучше» обычно не основаны на реальных фактах и могут иметь когнитивные искажения. Один из распространенных мифов о когнитивно-поведенческой терапии заключается как раз в представлении КПТ в виде простой замены негативных мыслей позитивными альтернативами. Однако эта идея представляется неверной, если рассмотреть весь спектр когнитивных интервенций, основанных на поиске доказательств и альтернатив.

Культивирование позитивных мыслей

Описанные выше техники были преимущественно сосредоточены на модификации негативных мыслей. Однако для снижения эмоционального напряжения работать можно и с позитивными мыслями. В этом контексте выделяют три основные техники:

1. Обсуждение негативных когниций порой демонстрирует, что, несмотря на наличие негативных последствий у такого образа мыслей, в его основе лежит позитивное стремление. Например, мать, которая постоянно переживает о благополучии детей, поступает так, потому что является заботливым и ответственным родителем. Человек, которого печалит критика друга, равнодушен к его мнению. В подобных случаях иногда можно найти позитивные аспекты негативных мыслей и переформулировать или провести рефрейминг (например, «Я беспокоюсь за детей, потому что они мне дороги»). Порой позитивный рефрейминг помогает клиентам обнаружить положительные аспекты собственных мыслей и форм поведения или стимулировать возникновение иных позитивных мыслей и действий. Если вы решите использовать данный метод, следите за тем, чтобы рефрейминг был для клиента убедительным и чтобы ему действительно хотелось рассмотреть свои мысли в более широком контексте. Если же вы станете предлагать неубедительную альтернативу или если ваши воззрения будут противоречить системе убеждений клиента, напористость с вашей стороны может негативно повлиять на терапевтические отношения. Работая с мыслями, крайне важно не пытаться свести к минимуму дистресс/дискомфорт клиента, а нереалистичный позитив способен дать именно такой временный эффект.

2. Еще можно поощрять человека к обдумыванию и использованию функциональных мыслей для усиления позитивного аффекта. Обычно клиенты обращаются к психотерапевтам, когда сами не способны разрешить возникшую в жизни проблему или если продолжительное время находятся в состоянии дистресса. Поэтому в начале терапии лучше всего сосредоточиться на сокращении количества проблем, негативных эмоций или форм поведения. А по мере движения по терапевтическому пути проводить параллели между негативными и позитивными мыслями, чтобы понять, хочет ли клиент чаще иметь дело с последними. Вы можете следить за изменениями в образе мыслей клиента по ходу терапии, отмечая позитивные изменения, их эмоциональные и поведенческие последствия. Отслеживать можно и изменения аффекта непосредственно на терапевтической сессии, например, когда клиент

вдруг улыбнулся или рассмеялся, вы можете обратить его внимание на эту реакцию и стимулировать ее воспроизведение в других терапевтических ситуациях и в реальной жизни. Например, клиент одного из авторов этой книги (К. Д.), имевший длительную историю депрессии, в ходе лечения почувствовал себя не таким подавленным и стал больше заботиться о своей внешности. Терапевт обратил внимание на перемену, и на следующих сессиях они с клиентом играли: специалист угадывал, что клиент изменил на прошлой неделе.

3. Распространенное (и, на наш взгляд, слишком упрощенное) понимание когнитивно-поведенческой терапии заключается в том, что она предполагает простое замещение негативных мыслей позитивными. Некоторые авторы поощряют даже использование позитивных аффирмаций для отработки применения позитивных утверждений о себе (McMullin, 2000). Наш опыт не продемонстрировал пользу подобных практик. Мы видим, что клиентам сложно верить в такие утверждения; без соответствующего ситуационного контекста они оказываются ни на чем не основаны, их не получается связать с постепенно формирующимся положительным образом себя. Поэтому, хотя мы и не выступаем категорически против использования аффирмаций, рекомендуем делать переход от негативного к позитивному мышлению более контекстуализированным. Использование позитивных утверждений о себе возможно, если клиент понимает, зачем это делать, и в определенной степени им доверяет.

КАКОВЫ ПОСЛЕДСТВИЯ ТАКОГО ОБРАЗА МЫСЛЕЙ?

В начале этой главы мы сформулировали три вопроса, которые нужно задавать в отношении негативных когниций:

1. Какие доказательства можно найти «за» и «против» этой мысли?
2. Как еще можно было бы воспринять данную ситуацию?
3. Каковы последствия такого образа мыслей?

Мы надеемся, читателю понятно: первый из перечисленных вопросов больше подходит для клиентов, которым свойственно одно или несколько когнитивных искажений. Такие искажения сигнализируют о неверном понимании или предвзятом восприятии триггерной ситуации, зачастую они точнее других негативных мыслей отражают глубинные негативные

убеждения. С когнитивными искажениями эффективнее работают интервенции, основанные на сборе доказательств, хотя эту работу можно дополнить и интервенциями, основанными на поиске альтернатив. А вот к неискаженным негативным мыслям лучше применять интервенции, основанные на поиске альтернатив, — остальные методы, скорее всего, дадут минимальную эффективность.

Третий вопрос касается реагирования на негативные мысли и выявление их концептуальных последствий. Его можно переформулировать в более короткую версию: «И что?» или «А если негативная мысль окажется верной? Что это говорит о вас и о мире, в котором вы живете?». Размышляя над этими вопросами, клиенты начинают представлять себе более широкие концептуальные последствия негативного образа мыслей.

Известным методом поиска последствий таких умозаключений является техника *падающей стрелы* (J. S. Beck, 1995; Burns, 1989, 1999). Вместо оспаривания исходных автоматических когниций психотерапевт предлагает клиенту представить, что его мысль окажется верной, и сформулировать последствия этого факта. Дальнейшие ответы клиента тоже принимаются как факт, затем аналогичные вопросы задаются о его последствиях; и так далее, пока клиент не придет к финальному всеохватывающему выводу, следствий у которого нет. Обычно этот вывод отражает убеждения или схемы о себе и мире. В табл. 9.2 дан пример диалога, проведенного в технике падающей стрелы. В нем видно, как набор довольно простых вопросов помогает выйти на глубинное убеждение клиента (в данном случае оно заключалось в том, что социальное осуждение и отвержение «смерти подобно»). Технику падающей стрелы можно использовать практически на любом этапе терапии, чтобы выявить более широкий смысл, вкладываемый клиентом в конкретную мысль. Можно ограничиться и несколькими вопросами, не доходить до самого глубокого и всеохватывающего уровня.

Хотя техника падающей стрелы считается эффективной стратегией для выявления глубинных убеждений, ее применение связано с рисками, о которых психотерапевту следует помнить. На представленном в таблице 9.2 примере видно, что эта техника быстро заводит клиента в темные глубины, где покоятся устойчивые схемы и убеждения. Если касаться этих мыслей на ранних этапах психотерапии, клиент может оказаться не готов к столкновению с ними, не иметь навыков или терапевтических успехов, которые помогли бы справиться с такой встречей. Более того, если терапевт будет использовать данную технику механистически, отстраненно, клиенту может показаться, что его эмоциональное благополучие специалисту безразлично. Поэтому, при всех преимуществах

Таблица 9.2. Техника падающей стрелы

Утверждения клиента с социальной тревожностью	Ответы психотерапевта
«Случилось это на прошлой неделе. У меня на работе была планерка, и начальница меня просто убила. Она посмотрела прямо мне в глаза и задала вопрос, которого все мы боялись. Я не мог и слова вымолвить. Просто замер»	«Попробуйте вспомнить, какие мысли возникли у вас тогда, прямо перед тем, как вы замерли?»
«Я подумал: “Боже, нет, только не я! Не спрашивай меня! Я выставлю себя дураком”»	«Давайте на секундочку — не потому, что я считаю эту идею верной, к ее оценке мы вернемся, но тем не менее — на секундочку представим, что вы действительно выставили бы себя дураком. Что бы это значило для вас?»
«Всем бы стала очевидна моя некомпетентность и тревожность. Я бы опозорился»	«Так, и если бы вы опозорились, показав всем свою некомпетентность и тревожность, — что бы это значило?»
«Меня нужно уволить. Мне осталось бы просто убежать куда-нибудь и спрятаться. Никто бы меня не принял»	«А если бы это было верным, если бы никто вас не принимал, что тогда?»
«Можно было бы просто свернуться калачиком и умереть. Зачем тогда жить?»	«Это уже звучит действительно ужасно, но я все равно уточню: можете ли вы продолжить эту линию рассуждения и сформулировать, что значило бы для вас отсутствие понимания, зачем жить?»
«Не думаю, что это можно как-то продолжить. Ничего не приходит в голову. Что может быть хуже этого?»	

использования техники падающей стрелы для дополнения концентуализации, до начала выполнения упражнения обязательно проговорите клиенту, что, хотя вы не будете оспаривать всплывающие мысли прямо сейчас, это не значит, что они верны, и к обсуждению этого вопроса вы вернетесь. Завершать выполнение задания лучше всего поддерживающими утверждениями о том, какие выводы данный опыт позволил вам сделать о смысле страданий клиента в контексте его глубинных убеждений; еще надо проговорить, как важно вернуться к ним в дальнейшем. Для проведения техник, выявляющих глубинные убеждения (падающей стрелы в том числе), важно, чтобы между специалистом

и клиентом установились крепкие и доверительные терапевтические отношения. Наконец, мы рекомендуем не использовать эту технику в последние несколько минут сессии. Психотерапевт должен следить за наличием времени для погашения возможных негативных эффектов техники, чтобы завершить сессию на позитивной ноте.

По сути вопрос «И что?» способствует выявлению глубинных убеждений. Глубинные убеждения и схемы отличаются от автоматических мыслей: если первые представляют собой широкие, стабильные, глубинные аспекты отношения клиента к себе и миру, то последние отражают спонтанные когниции, возникающие в конкретной ситуации. Автоматические мысли по определению отражают глубинные убеждения, а иногда даже звучат одинаково (например, «Я дурак» или «Все настроены против меня»). Кроме того, автоматические мысли, связанные с глубинным убеждением, зачастую возникают в присутствии определенных триггеров, и частота их возникновения может сбить психотерапевта с толку, заставив думать, что это и есть убеждение клиента. Тем не менее автоматические, связанные с ситуацией мысли и глубинные убеждения важно разделять, так как работа с ними требует применения разных интервенций, причем, скорее всего, на разных этапах терапии.

ДРУГИЕ СПОСОБЫ РАБОТЫ С НЕГАТИВНЫМ МЫШЛЕНИЕМ

В главе 10 мы обсудим, как перейти от работы с негативными автоматическими мыслями на более глубокий уровень — к глубинным убеждениям. Но прежде чем мы это сделаем, хотелось бы уделить немного внимания двум важным вопросам, касающимся работы с автоматическими мыслями: что делать с реалистичным негативным мышлением и как справляться с проблемами, возникающими в ходе когнитивной реструктуризации.

Реалистичное негативное мышление

По результатам разбора доказательств в пользу негативного мышления может оказаться, что оно вполне реалистично и лучших или достойных большего доверия альтернатив нет. Хотя мы рекомендуем не торопиться доверять негативному мышлению клиента, понимаем, что у каждого

найдутся тяжелые ситуации, вероятно, связанные с эмоциональными и/или поведенческими проблемами. Мы также принимаем, что иногда понимание адекватности мыслей и реакций с учетом ситуации может быть полезным и валидирующим опытом для клиентов. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) иногда говорила клиентам, что их реакция «нормальна, ненормальны обстоятельства». Например, клиент, который переживает тяжелый развод, экономические неудачи и испытывает трудности в адаптации к самостоятельной жизни, скорее всего, будет ощущать грусть и тревогу. В таком контексте вполне реалистично считать ситуацию сложной и несправедливой. В подобных ситуациях вы можете выбирать поведенческие, ориентированные на действия стратегии, которые помогут клиенту изменить то, что можно изменить, разрешить возникшие проблемы — и принять то, что изменить нельзя.

В работе с такими сложными ситуациями можно использовать стратегию развития и применения копинг-навыков (см. главу 6). Полезно настраивать клиентов на более частое совершение действий, ориентированных на заботу о себе, чтобы развить максимальную психологическую гибкость. Можно поощрять их движение по пути развития позитивных жизненных навыков (например, регулярного здорового питания, поддержания режима сна, физической активности, телесной осознанности и заботы о себе). Помогайте клиентам использовать доступные социальные ресурсы и поддержку. Вы можете также привлекать новые ресурсы, в том числе, когда это возможно, социальные организации и службы здравоохранения.

Иногда кажется, что негативные мысли живут своей жизнью и не связаны с событиями напрямую: это может быть повторяющееся беспокойство, руминации и даже в какой-то степени навязчивое мышление. Подобные мысли относительно реалистичны, но их частота и повторяемость мешают клиенту и ухудшают его эмоциональное состояние. Для работы с таким мышлением была создана техника *время для волнения*, в рамках которой предлагается беспокоиться в заранее определенное время дня или день недели (например, в течение 15 минут, через день). Некоторые клиенты сообщают, что такой подход позволяет им меньше волноваться в остальное время. Другие говорят, что использование данной техники заставило их осознать, что беспокойство — практика непродуктивная и даже скучная, если реализовать ее в сфокусированной манере. Также бывает полезно предлагать клиентам переходить к решению проблем непосредственно в период времени, отведенный для волнения.

Еще один метод, используемый для работы с повторяющимися мыслями, предполагает *отвлечение* или временное смещение внимания в другую сторону. Когнитивно-поведенческие психотерапевты обычно сосредоточены на содержании мыслей клиента и пытаются напрямую их модифицировать. Однако в работе с повторяющимся беспокойством и руминациями можно применять следующую стратегию: для начала идентифицируйте мысль; удостоверьтесь, что она из раза в раз повторяется; затем целенаправленно смещайте фокус внимания на другой вопрос или проблему. Этот метод необязательно поможет разобраться с содержанием мысли — он направлен скорее на процесс мышления и позволяет клиентам дистанцироваться от собственных когниций, взглянуть на них со стороны. Вероятно, после этого клиенту удастся более проактивно подойти к поиску решения проблемы, а не просто о ней беспокоиться. Такой подход отличается от прерывания или подавления мыслей — практик, заниматься которыми мы не рекомендуем. Прерывание мыслей показывает довольно низкую эффективность (Freeston, Ladouceur, Provencher, & Blais, 1995), а подавление мыслей скорее приведет к их усилению, чем к ослаблению.

Все популярнее становятся интервенции, связанные с принятием негативного опыта как нормальной составляющей существования человека (Hayes, Follette, & Linehan, 2004; Kabat-Zinn, 2013; Wells, 2002). Мы не рекомендуем применять методы, ориентированные на принятие, в работе с клиентами в состоянии острого дистресса, потому что такой подход подразумевает невозможность прямо разобраться с причинами их страданий. Принятие проблемы (не равное безропотному смирению) фундаментально меняет отношение клиентов к происходящему. Эта практика зачастую оказывается связана с формированием нового убеждения или радикальной модификацией убеждений либо схем, которые и привели к возникновению проблемы. Подробнее мы обсудим этот подход в главе 10.

Проблемы, связанные с когнитивной реструктуризацией

При первых попытках провести когнитивную реструктуризацию у психотерапевтов возникает ряд проблем (J. S. Beck, 2005; Wright et al., 2006). Некоторые из них связаны с терапевтическими отношениями или сопротивлением со стороны клиента (Leahy, 2001; подробнее мы обсудим эти вопросы в главе 10). Ниже мы расскажем о типичных

проблемах, возникающих в процессе когнитивной реструктуризации, и способах их решения.

Как было отмечено в главе 8, клиенты озвучивают когнитивно-поведенческим психотерапевтам разные негативные мысли; задача выбрать те из них, на которых следует сосредоточиться, может казаться сложной. Конечно, полезнее фокусироваться на мыслях, потенциально связанных со снижением настроения или дисфункциональным поведением. Теоретически концептуализация должна направлять ваш выбор (при этом по мере необходимости пересматриваться). Обращайте внимание на повторяющиеся мысли, потому что они, скорее всего, активируются схемами или триггерами среды. Мысли, которые возникают нечасто, но имеют для клиента очевидно важное значение, нужно иметь в виду и быть готовыми внепланово с ними работать. Тем не менее практика показывает, что важные и связанные со страданиями клиента мысли рано или поздно проявятся. Поэтому, даже если вы упустите шанс проработать важную негативную мысль на какой-либо сессии, наверняка еще затронете эту «горячую точку» позднее. Интервенции, которые не дали желаемого результата, тоже можно использовать в концептуализации — они дают вам информацию о том, с чем проблемы клиента *не* связаны.

Иногда клиенты говорят, что Дневник мыслей и предлагаемые вами интервенции не помогают. Внимательно выслушивайте подобные жалобы, так как они помогут сместить фокус работы и сделать ее более эффективной. Безусловно, если вы никак не отреагируете на такую обратную связь, это негативно скажется не только на общей эффективности вашей работы, но и на терапевтическом альянсе. Поэтому проверьте, правильно ли клиент понял, какие действия ему предлагалось выполнять (например, при ведении Дневника), поскольку неэффективные интервенции часто оказываются связаны с неверной оценкой. Убедитесь, что клиент понимает, как использовать эти методы, потренируйтесь на сессии. Иногда неэффективность интервенций связана с неправильными действиями со стороны психотерапевта. Подумайте о такой возможности (все мы «просто люди»); если нужно, проконсультируйтесь с коллегой, которому доверяете, чтобы убедиться в оптимальности применяемых мер. Тем не менее разным клиентам подходят разные методы, поэтому, если конкретная интервенция не помогла конкретному человеку, попробуйте что-то другое: гибкостью и настойчивостью психотерапевт подает хороший пример клиентам.

Некоторые клиенты жалуются, что, хоть и понимают, что вы хотите сказать, и принимают ваши намерения рационально, на самом деле они

в это не верят. Такой конфликт иногда описывают как противостояние «головы» и «сердца» (J. S. Beck, 1995, 2011) или противопоставление интеллектуального понимания и эмоционального опыта. Важно понимать, что подобные жалобы обычно отражают конфликт между двумя убеждениями. Интеллектуальный аспект чаще оказывается связан с недисфункциональным убеждением или альтернативным взглядом на происходящее, который вы помогаете клиенту сформировать. Эмоциональный же аспект связан с исходным глубинным убеждением (которое и кажется истинным). Помогите клиенту увидеть и назвать эти противоречащие друг другу убеждения. Конфликт между ними может быть показателем того, что он проходит определенную фазу ознакомления и «примерки» нового образа мыслей. Впрочем, иногда сложности такого порядка показывают, что клиент до сих пор думает по-старому, поэтому подобные конфликты стоит, насколько возможно, прояснять. В идеале имеет смысл формировать у клиента представление о том, что они — фаза терапевтического развития и работы над модификацией старых убеждений.

В качестве способа устранения потенциальных конфликтов между интеллектуальным пониманием и проживаемым опытом можно предложить клиенту подумать, какие доказательства помогли бы ему принять альтернативные мысли не только «головой», но и «сердцем». Если клиенту удастся ответить на этот вопрос, постарайтесь придумать эксперимент, который позволит по-настоящему пережить продуктивный образ мыслей, а не просто теоретически его понять. Например, клиент-перфекционист может сказать, что большинство людей действует исходя из своих возможностей, и стремление к идеалу едва ли можно назвать разумной целью. Он может даже согласиться выполнить относительно «безопасные» задания, которые предполагают его отказ от стремления к совершенству. И хотя подобные задания действительно способны снизить интенсивность исходных мыслей, они вряд ли помогут по-настоящему подорвать глубинное убеждение со всеми вытекающими последствиями. Такого клиента стоит спросить, каких доказательств было бы достаточно, чтобы он полностью принял дисфункциональность мысли о необходимости перфекционизма — и отпустил ее. Сбор подобных доказательств в подавляющем большинстве случаев заставляет клиентов выйти за пределы зоны комфорта и получить опыт, настолько противоречащий старым убеждениям, что их становится невозможно придерживаться. В работе с некоторыми клиентами, например профессиональными спортсменами или узкоспециализированными хирургами, выясняется, что они прекрасно понимают негативные последствия

перфекционизма для жизни, но иной образ мыслей не готовы даже рассматривать.

При работе с негативными мыслями иногда выясняется, что на протяжении какого-то времени интервенции были неэффективны. Клиент может признать, что негативное мышление просто является частью его жизни. Подобная ситуация часто возникает в работе с глубоко укоренившимися убеждениями, которых клиент придерживался на протяжении длительного времени. Однако вы сами не должны принимать его негативные предсказания, взгляды и убеждения без сбора и подробного анализа большого количества соответствующих доказательств. Конечно, не следует поддерживать негативные утверждения клиента о других людях (например, «Неудивительно, что ваш муж так себя ведет, ведь все мужчины — эгоисты» или «Да, начальники любят критиковать других»). Принятие подобных негативных идей может отражать ваши взгляды на мир, но целью психотерапии является не валидация убеждений специалиста, а помощь клиентам в решении их проблем. Иногда вы будете чувствовать себя беспомощными и терять надежду помочь клиентам. В такой ситуации надо обратиться к коллегам за свежим взглядом на происходящее или подумать о том, чтобы перенаправить клиента к другому специалисту.

Еще один распространенный тип проблем возникает в работе с чрезмерно старательными клиентами. Так, к нам обращались люди, которые настолько серьезно увлекались когнитивными интервенциями, что их было сложно переключить на что-то иное. Одни разрабатывали специальные компьютерные таблицы для отслеживания негативных мыслей, писали соответствующее ПО для карманных устройств и доходили до уровня «супердетективов» в деле поиска когнитивных искажений у себя (и окружающих). А другие быстро привыкали к обсуждениям негативного мышления, и при этом не меняли его. Такой паттерн отражает наличие у человека скрытого обсессивно-компульсивного расстройства личности и потребности организовывать даже эту часть своей жизни. Кроме того, такая схема действий способна отражать желание понять негативное мышление, при этом не обязательно его менять. Чрезмерное внимание к процессу отслеживания и анализа мыслей может мешать достижению изменений и являться скорее проявлением когнитивного избегания. В любом случае, сталкиваясь с таким поведением пациента, мы обычно стараемся сместить фокус с негативного мышления на поведение и получение нового опыта. Такое изменение помогает сосредоточить терапевтический процесс на переживаниях и проблемах клиента и, кроме того, поощряет действия, а не интеллектуализацию. В общем,

как упоминалось выше, мы не рекомендуем воспринимать когнитивную оценку или интервенции в качестве самоцели. Целью когнитивно-поведенческой терапии является решение реальных проблем клиента в естественной для него среде.

В этой главе мы собрали практически исчерпывающий набор методов для изменения автоматических мыслей с использованием (вероятно, совместным) интервенций, основанных на поиске доказательств и альтернатив. Также отметили, что эти интервенции помогают разобраться с двумя из трех главных вопросов, используемых при работе с негативным мышлением. В следующей главе мы подробно разберем тему последствий использования негативного мышления или тот самый вопрос «И что?» — обсудим методы проверки и модификации негативных глубинных убеждений в когнитивно-поведенческой терапии.

СЛУЧАЙ СТИВЕНА Р., продолжение

Стивен отменил девятую сессию, оставив психотерапевту голосовое сообщение, в котором говорил, что вернулся на работу и больше не нуждается в терапии. Специалист начала оформлять описание завершенного случая, как делала всегда, но ей позвонила расстроенная жена Стивена и сообщила, что он не справляется: ему пришлось вернуться домой в середине дня из-за повышенной раздражительности и тревоги. Психотерапевт предложила Стивену позвонить ей, что он и сделал; в результате они договорились провести еще одну терапевтическую сессию.

На встрече Стивен был крайне самокритичен и выразил сомнение в том, что когда-нибудь сможет успешно вернуться на работу. Оказалось, что за время его отсутствия в компании была введена система отбора персонала. Стивен об этом ничего не знал, поэтому ему пришлось попросить двух своих подчиненных все объяснить; в итоге оказалось, что ничего сложного. Однако это недоразумение пошатнуло его уверенность в себе, и когда один из подчиненных попросил о консультации, Стивен так разнервничался, что был вынужден уйти домой. Постфактум он понял, что был не готов вернуться к работе и нуждался в продолжении лечения. Они с психотерапевтом договорились провести еще шесть еженедельных сессий — отчасти чтобы предотвратить повтор преждевременного отказа Стивена от терапии и после назначенного периода оценить прогресс.

Специалист предложила Стивену обсудить концептуализацию и в ходе разговора снова подчеркнула роль негативных мыслей в появлении тревоги и избегания, после чего предложила клиенту завести Дневник записи мыслей, чтобы записывать

в него все свои беспокойства и переживания. С помощью этого инструмента они быстро выявили несколько свойственных Стивену типов искажений, в том числе катастрофизацию, чтение мыслей, черно-белое мышление и навешивание ярлыков (причем как на себя, так и на других людей). Стивен также лучше понял связь между собственным образом мыслей, эмоциями (тревогой, виной, раздражением) и поведенческими паттернами (избеганием). Ведение Дневника помогло: он называл его «учетной книгой мыслей», благодаря которой вспоминал о своих бухгалтерских навыках. Однажды Стивен даже положительно оценил анализ мыслей по итогам заполнения дневника: «Все логично складывается».

Когда Стивен научился внимательнее относиться к своим негативным мыслям и в некоторой степени их контролировать, психотерапевт предложила ему вернуться на работу на неполный день. Стивен сразу встревожился и даже немного разозлился, восприняв это как сомнения в его компетентности. Специалисту удалось использовать его реакцию и продемонстрировать, как даже в ситуации терапевтических отношений он до сих пор проявляет склонность к чтению мыслей и предсказанию худшего. В результате терапевт и клиент договорились, что возвращение на работу на неполный день станет своего рода «поведенческим экспериментом». Стивен успешно договорился с отделом кадров, что будет проводить в офисе утренние часы. Это помогло ему регулярно вставать, уделять достаточно времени заботе о себе, вечером решать вопросы по дому, а также снизить количество употребляемого алкоголя. После шести сессий, о которых они договорились изначально, самочувствие Стивена существенно улучшилось, он уверенно пользовался Дневником мыслей и ощутил готовность вернуться на работу на полный день.

Глава 10

КОГНИТИВНАЯ РАБОТА. ГЛУБИННЫЕ УБЕЖДЕНИЯ И СХЕМЫ

Согласно когнитивно-поведенческой модели, большинство проблем возникают на основе взаимодействия между негативными глубинными убеждениями и разнообразными триггерами или жизненными событиями. Таким образом, выявление и потенциальное изменение глубинных убеждений представляют собой критически важную стадию и краткосрочной терапии, и предотвращения рецидивов в долгосрочном плане. В данной главе будет предложено несколько моделей концептуализации глубинных убеждений в КПТ, в том числе связанные со схематерапией, теорией эмоциональных схем и теорией личности. После теоретического обсуждения мы перейдем к описанию методов, используемых для выявления глубинных убеждений и схем клиентов, а также многочисленных методов оспаривания дисфункциональных убеждений. Также поговорим о том, как изменение глубинных убеждений приводит когнитивно-поведенческую терапию к логическому завершению; коснемся вопроса о том, что иногда сами клиенты ограничивают допустимые для себя личностные изменения. В завершение главы обсудим ряд интервенций, основанных на принятии.

Ключевым аспектом когнитивно-поведенческой модели является так называемое диатез-стресс взаимодействие. Иными словами, когнитивно-поведенческая модель подразумевает, что клинические проблемы олицетворяют собой эффекты диатеза (уязвимости, выражающейся в форме глубинных убеждений, допущений и схем) и некоторых факторов среды (стрессоров, триггеров или событий, активирующих перечисленные убеждения). Такое взаимодействие убеждений и триггеров среды активизирует свойственное для конкретных ситуаций мышление,

которое, в свою очередь, вызывает адаптивные или дезадаптивные эмоциональные и поведенческие реакции. Таким образом, хотя освоение умений, необходимых, чтобы справляться с разными требованиями среды, критически важный для жизни процесс, развитие копинг-навыков представляет собой более поверхностный или ситуационный подход к адаптации. Кроме того, как мы говорили ранее, негативные глубинные убеждения зачастую способствуют появлению повторяющихся ситуационных проблем и стрессоров. В данной главе мы будем говорить о самих негативных убеждениях, которые, пожалуй, и лежат в основе проблем клиентов. Опишем эффективные способы оценки глубинных убеждений и их изменения; обсудим, в каких случаях проводить подобную работу не стоит и когда лучше переключиться на принятие определенных аспектов личности.

Мы уже обсудили стратегии концептуализации связей между негативным мышлением и формами поведения клиентов, связанных с их проблемами. Кроме того, описали массу стратегий, которые можно использовать для организации интервенций, направленных на функциональные/поведенческие аспекты сложностей, возникающих с копингом; в главе 9 представили способы работы с возникающим в конкретных ситуациях негативным мышлением. Теперь обсудим стратегии оценки и выбора интервенций для работы с глубинными негативными убеждениями, которые, как принято считать, являются причиной появления у клиентов волнующих их проблем.

У вас может возникнуть вопрос: если глубинные убеждения — центральный элемент проблемы, почему мы только сейчас начали их обсуждать? Решая, в какой части книги расположить данную тему, мы руководствовались несколькими соображениями. Отчасти наш выбор обусловлен тем, что работа над глубинными убеждениями обычно начинается на более поздних этапах психотерапии — мы отражаем в книге типичную для практики последовательность терапевтических действий. Выше говорилось, что многие клиенты обращаются к специалистам уже после самостоятельных попыток справиться с проблемной ситуацией, когда исчерпали свои силы и способности. Большинство людей обращаются к психотерапевту с жалобами на определенные эмоции и поведение, которые, как принято полагать, являются продуктом негативных когнитивно-поведенческих процессов. Таким образом, работу со многими клиентами логично начинать с облегчения эмоционального состояния, а также с освоения поведенческих стратегий и навыков решения проблем.

Некоторые клиенты еще до обращения к психотерапевту осознают паттерны своего мышления — благодаря опыту обращения за психологи-

ческой помощью, пониманию собственных психологических процессов или интересу к когнитивно-поведенческой терапии. И хотя эти люди иногда понимают, как их мыслительные паттерны негативно влияют на эмоции и поведение, они редко представляют себе, что нужно предпринять для их изменения. И даже с ними было бы странно начинать работу с выявления и изменения глубинных убеждений, игнорируя текущие страдания клиента и иные актуальные проблемы. Тем не менее на определенном этапе психотерапии, когда вам вместе с клиентом удалось разрешить определенные актуальные вопросы и сформировать хороший рабочий альянс, когда клиент освоил методы борьбы с ситуационным негативным мышлением, — когнитивные паттерны станут практически очевидными. Именно на данном этапе вы можете перейти прямо к работе с ними.

Некоторые клиенты естественным образом переходят к работе над глубинными убеждениями, но кто-то может прекратить терапию, едва почувствует облегчение и справится с беспокоящими его сложностями. Кроме того, некоторым клиентам не хватает сил или интереса на проработку глубинных убеждений, а у кого-то просто кончаются ресурсы или деньги, которые позволили бы продолжить терапию. Так как работа над глубинными убеждениями обычно проводится после улучшения состояния клиента, она направлена в первую очередь на факторы, лежащие в основе возникновения проблемы, и обычно занимает больше времени, чем другие когнитивно-поведенческие интервенции. В этой главе мы поговорим и о том, как с уважением принимать выбор и решение клиента не продолжать лечение, ориентированное на коррекцию дисфункциональных убеждений.

Рассмотрим терапию, направленную на работу с глубинными убеждениями следующих групп клиентов:

- клиенты, глубинные убеждения которых повышают риск рецидива;
- клиенты, симптомы и проблемы которых стали существенно слабее;
- клиенты, способные вести более абстрактные обсуждения;
- клиенты не из группы риска психотического расстройства;
- клиенты, у которых есть ресурсы и интерес для проведения более долгосрочной психотерапии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЛУБИННЫХ УБЕЖДЕНИЙ И СХЕМ

Нередко возникает вопрос: почему для обозначения широких и устойчивых когнитивных паттернов, на проработке которых сосредоточена когнитивно-поведенческая терапия, применяются разные термины. В их число входят такие слова, как *отношения*, *ценности*, *предположения*, *убеждения* и *схемы*. Действительно ли важно, какое слово использовать? Мы считаем, что это не слишком важно. Под *отношениями* и *ценностями* часто понимается эмоционально окрашенное и на протяжении длительного времени присущее человеку мнение по поводу некоторой темы, объекта или других людей. Мы часто думаем о позитивном и негативном отношении к чему-либо (хотя оно может быть и нейтральным), а в психотерапии сосредотачиваемся на отношениях, связанных с обесцениванием определенных людей, идей и объектов.

Предположениями называют существующие длительное время идеи о наличии некоторых отношений между разными понятиями или людьми. Например, мы можем руководствоваться предположением (ожиданием) о том, что «плохих» людей так или иначе накажут, трудолюбивые добьются карьерного роста, или что «Я недостойн любви, и никому никогда не будет до меня дела». Логика подобных утверждений выстроена по схеме «если — то». Именно этим они могут быть полезны когнитивно-поведенческим специалистам: в контексте проверки реакции клиентов на разные ситуации вы можете использовать разные техники, сосредоточенные как на изменении ситуации, так и на коррекции реакции клиента на нее.

Убеждения и *схемы* — относительно постоянные представления об объектах, людях и идеях, а также отношениях между ними. Как и описанные выше представления, они возникают в результате сложного взаимодействия процессов развития. Некоторые факторы, влияющие на формирование системы убеждений ребенка, приходят к нему из «внешнего мира» (в том числе от родителей, близких и дальних родственников, друзей; СМИ, мира музыки, системы образования и др.). Ребенок растет и развивается, его личный опыт взаимодействия с миром провоцирует возникновение новых идей и действий, которые придают форму, подкрепляют или оспаривают старые убеждения. С течением времени, по мере повторения того или иного опыта, на основе этих идей складываются глубинные убеждения и схемы. Они могут быть категоричными (например, «Все мужчины эгоисты») или безотносительными

(например, «Большинство привлекательных людей и в отношениях оказываются такими же привлекательными»). Они могут относиться к самому человеку, другим людям и миру в целом. Убеждения и схемы бывают связаны с личной историей или конкретным опытом (например, «Я был счастливым и беззаботным ребенком»), а также с будущим или абстрактным опытом (например, «Мне никогда не быть первым»). Люди в обществе зачастую выстраивают свои убеждения вокруг «осей» или тем, связанных с самооценкой, например социальной ориентацией, умом, популярностью. Представители одной культурной группы могут разделять одни и те же убеждения, связанные с религиозными идеями и практиками. В то же время убеждения и схемы могут быть в высокой степени специфическими, основываться на уникальной истории развития личности. Системы убеждений большинства людей включают в себя сложный набор исторических, культурных и глубоко личных идей, которые объединяются в то, что мы воспринимаем как уникальную личность человека.

Как говорилось выше, убеждения и схемы близки к *чертам личности*, потому что представляют собой долгосрочные аспекты «я». Однако их главное отличие заключается в том, что черты рассматриваются исключительно как аспекты «я». К сожалению, исследования и теории личности тоже ассоциируются с концепцией расстройств личности (А. Т. Beck, Davis, & Freeman, 2015; Widiger & Frances, 1994). На самом деле в рамках теорий личности разработано намного больше конструктов, чем используется в диагностических формулировках (см. Jackson, 1967; Murray, 1938; Widiger & Simonsen, 2005), но в контексте клинической психологии и психиатрии принято сосредотачиваться на проблемных паттернах мышления, поведения и эмоциональных реакций, а не на полном спектре этих конструктов. Кроме того, концепция личности часто заставляет концентрироваться на индивиде и тем самым меньше внимания уделять факторам среды и ситуации, которые стимулируют либо тормозят выражение личностных факторов. Поэтому в концептуализациях, используемых в когнитивно-поведенческой терапии, мы рекомендуем делать меньший упор на личностные факторы.

Основываясь на этом, мы предлагаем стратегии для выявления, оценки и модификации убеждений и схем. Эти два термина используются как взаимозаменяемые, поскольку различия между ними минимальные. По сути, и глубинные убеждения, и схемы являются собой относительно постоянные аспекты наших представлений о мире, того, как мы осмысливаем опыт, с которым сталкиваемся. Полезно знать следующее определение: «схемы представляют собой когнитивные структуры

организации знаний, полученных ранее из конкретного личного опыта; схемы управляют процессами обработки новой информации, а также получения доступа к хранимой информации» (Kovacs & Beck, 1978, p. 527). В этом определении подчеркивается влияние схем на когнитивные процессы, в частности, на искажения памяти, подкрепляющие существующие схемы. Среди прочего они связаны и с искажением информации о будущем, которое выражается через склонность обращать внимание на согласующуюся со схемами информацию, а также через уделение меньшего внимания или полное игнорирование информации, которая противоречит схеме или не вписывается в нее (Mahoney, 1991). Подобные когнитивные искажения помогают объяснить устойчивость схем через их способность к самоукреплению.

Янг с коллегами (2003) описывали схемы, устойчивые во времени конструкты. Некоторые люди совершают действия, направленные на *поддержание схемы*, — такие поступки согласуются со схемой и подкрепляют убеждения человека о себе. Рассмотрим ситуацию клиентки по имени Дженис: она верила, что ее нельзя любить, и в результате даже не пыталась найти партнера. Такой паттерн поддержания схемы привел к еще большему дефициту личных отношений и укреплению убеждения в том, что любить ее невозможно. Некоторые клиенты, имеющие аналогичное убеждение, могут сосредотачивать все внимание, время и силы на действиях, которые не связаны с поиском близких отношений. Такое поведение, ориентированное на *избегание схемы*, хотя прямо и не подкрепляет схему, не дает человеку получать и проживать доказательства, противоречащие схеме, что тоже лишь поддерживает ее. Наконец, некоторые клиенты совершают действия по *компенсации схемы*. Так, клиентка, уверенная в том, что ее нельзя любить, может стать неразборчивой в сексуальных связях. Постоянно находясь в обществе мужчин, она тем не менее не будет выстраивать близких и заботливых отношений, подкрепляя свое глубинное убеждение. Янг с коллегами описали процесс формирования и поддержания подобных форм поведения у клиентов, а также терапии, ориентированной на коррекцию схем, провоцирующих межличностные и другие проблемы.

Выше мы говорили, что глубинные убеждения и схемы проявляются буквально во всем. У каждого человека есть схемы, связанные с самыми разными темами. В когнитивно-поведенческой терапии мы сосредотачиваемся на схемах о себе и межличностных отношениях, потому что с ними обычно связаны страдания клиентов и цели терапии. Далее мы обсудим процесс выявления и оценки схем, а затем поговорим, как с ними работать, чтобы их изменить или принять.

КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ УБЕЖДЕНИЙ И СХЕМ

Хотя концептуальные модели убеждений и схем постоянно развиваются, значение этих конструктов признано давно. Например, Альберт Эллис (1970) подчеркивал потенциально дисфункциональную роль явлений, которые он в своих инновационных трудах называл «иррациональными убеждениями». Его работа была сосредоточена на нереалистичных требованиях, которые люди выдвигают по отношению к себе («должен» и «следует»). Подход к терапии предполагал прямую оценку подобных систем убеждений и их оспаривание с помощью разных стратегий, помогающих выработке рациональных альтернатив иррациональному мышлению.

Аарон Бек в своих ранних работах (1967) тоже признавал важную роль дисфункциональных убеждений. В его трудах, посвященных психотерапии депрессии, была отражена связь глубинных убеждений и склонности к использованию когнитивных искажений, а значит, как следствие, и к депрессивным эмоциям и формам поведения. В дальнейшем, по мере применения когнитивной модели к другим расстройствам, делался упор на когнитивном содержании разных убеждений: предполагалось, что можно выявить конкретные глубинные убеждения, связанные с этими расстройствами. Например, тревожные расстройства часто связывали с убеждениями об опасности и вреде (Beck & Emery, 1985), а депрессия рассматривалась как реакция на реальную или воспринимаемую потерю (Beck et al., 1979). Другим расстройствам тоже приписывалось специфическое когнитивное содержание.

Когнитивная теория эволюционировала, появлялись исследования и теории, касавшиеся различных расстройств. В исследовательской литературе возникли две широкие области, посвященные социотропности и автономности. *Социотропностью* (А. Т. Бек, 1993) называли склонность находить смысл и валидацию в социальных отношениях; социотропные люди развивали склонность к тревоге в ситуациях, когда испытывали страх потерять отношения или социальные контакты, и к депрессии — когда такие негативные события происходили в действительности. *Автономность* связывали с переживаниями, имеющими отношение к независимости и признанию. Уязвимость к тревоге у автономных людей возникает, если независимость и признание оказываются под угрозой, депрессия переживается в случае их потери или недостатка. Зачастую в исследованиях подтверждалось, что более высокие баллы по шкале социотропности предсказывали возникновение депрессии при наличии соответствующих триггеров. Однако прогнозы, связанные

с автономностью, формулировать оказалось сложнее (D. A. Clark, Beck, & Alford, 1999).

Когнитивная теория в сфере исследования личности (A. T. Beck et al., 2015) работала над выделением глубинных убеждений, связанных с разными расстройствами личности. Эта работа существенно продвинулась после введения довольно четкого списка расстройств личности в DSM-III, а также благодаря работам таких исследователей, как Марша Линехан (1993, 2015) с ее прорывными трудами, посвященными пограничному расстройству личности и разработке диалектической поведенческой терапии (DBT). Стали появляться и труды, где изучаются «модусы» личности как механизм понимания отношений между измерениями личности и дисфункционального поведения (Beck & Naigh, 2014).

Вероятно, главный вклад в изменение когнитивного подхода к глубинным убеждениям связан со схематерапией. Джеффи Янг учился когнитивной терапии, но на его работы сильно повлияли психоаналитические теории о развитии «я». В контексте схематерапии выделяются ранние дезадаптивные схемы (Young et al., 2003) — организационные аспекты «я», которые возникли на ранних этапах жизни, основаны на ключевых периодах развития и полученном опыте, оказывают влияние на дальнейший рост и развитие человека. Авторы метода не связывали его с какой-либо диагностической системой; их модель включала в себя 18 ранних дезадаптивных схем, которые, по мнению создателей, давали более полное и полезное с клинической точки зрения представление о глубинных схемах, которые могли бы стать целью дальнейшей психотерапии (табл. 10.1). В рамках подхода были разработаны когнитивные, экспериенциальные, поведенческие и основанные на отношениях стратегии интервенций, направленных на общее изменение ранних дезадаптивных схем; а также составлено подробное описание интервенций, соответствующих паттернам, которые свойственны конкретным схемам. Эта модель применялась в работе с рядом психологических расстройств и проблем (Riso, du Doit, Stein, & Young, 2007).

Альтернативный взгляд на модель теории схем (Young et al., 2003) представляет собой теория эмоциональных схем (Leahy, 2015). Согласно этой модели, переработка эмоциональной информации — критически важный процесс с эволюционной точки зрения. Одной из самых мощных схематических систем, используемых человеком, является социальное и личностное конструирование опыта эмоции. Согласно данной модели, главное отличие здорового и ненормального функционирования — размах и тяжесть эмоционального опыта. А тот факт, что в психотерапии

Таблица 10.1. Ранние дезадаптивные схемы, выявляемые с помощью Опросника схем Янга

1. Покинутость/нестабильность.
2. Недоверие/насилие.
3. Эмоциональная депривация.
4. Дефективность/стыд.
5. Социальная изоляция/отчуждение.
6. Зависимость/некомпетентность.
7. Уязвимость к ущербу/болезням.
8. Слияние/неразвитая идентичность.
9. Несостоятельность.
10. Грандиозность.
11. Недостаточность самоконтроля/самодисциплины.
12. Подчинение.
13. Самопожертвование.
14. Поиск одобрения/признания.
15. Негативизм/пессимизм.
16. Подавление эмоций.
17. Жесткие стандарты/повышенная критичность.
18. Пунитивность.

Примечание: Из Young, Klosko, and Weishaar (2003). Copyright (c) 2003 The Guilford Press. Опубликовано с разрешения правообладателя.

некоторые эмоции обсуждаются чаще других, во многом связан с когнитивной оценкой и порицанием некоторых эмоциональных состояний испытывающими их людьми. Теория эмоциональных схем применима к разному эмоциональному опыту: вине, стыду, принятию, амбивалентности, эмоциональному перфекционизму, ревности и зависти (Leahy, 2015). Она также помогает понять потребность некоторых клиентов в эмоциональном контроле, непереносимость неопределенности, потребность в эмоциональной валидации и др. В этом подходе не используется ни диагностическая классификация, ни модели личности, однако он помогает клиническим специалистам работать с эмоциями в контексте когнитивно-поведенческой терапии.

Важно отметить огромное влияние, оказываемое культурой на убеждения и схемы — независимо от подхода к их концептуализации. Хотя фундаментальные когнитивные, поведенческие и аффективные человеческие переживания могут не сильно варьироваться в разные времена и в разных культурах, социальное восприятие этих переживаний меняется. Например, культуры классифицируются по критерию того, какую ценность они придают индивидуализму (автономии личности,

личной свободе) или коллективизму (семье, взаимосвязям) (Triandis, 1995). Это измерение индивидуализма-коллективизма оказалось связано с разными формами социального поведения и эмоциональными состояниями. Нам также известно, что ключевые аспекты культуры, такие как религиозные убеждения, оказывают огромное влияние на ценности и ежедневно совершаемые человеком действия. Культурный плюрализм, все чаще встречающийся в современных обществах, может внести свой вклад в изменение систем убеждений, в том числе увеличивая вероятность разногласий и конфликтов (Chambers & Nosco, 2015). Будучи клиническими специалистами, мы должны внимательно относиться к культурному наследию, религиозным убеждениям и практикам наших клиентов.

Если терапии эмоциональных схем еще предстоит получить оценку научного сообщества, то DBT и схематерапия прошли клинические испытания. Метаанализы показывают, что DBT помогает снизить самоповреждающее поведение, уменьшает риск преждевременного ухода из терапии и облегчает симптомы депрессии у взрослых с пограничным расстройством личности (ПРЛ) (Panos, Jackson, Hasan, & Panos, 2014). Также она снижает проявления самоповреждающего поведения и способна ослабить другие симптомы, связанные с ПРЛ у подростков (Ougrin, Tranah, Stahl, Moran, & Asarnow, 2016). Хотя схематерапия изучалась меньше DBT, в крупном швейцарском исследовании ее эффективность при работе с ПРЛ сравнивалась с эффективностью психоаналитической терапии, а именно психотерапии, сфокусированной на переносе (Giesen-Bloo et al., 2006). По результатам данного исследования схематерапия оказалась эффективнее и привела к существенному снижению самоповреждающего поведения и многих других симптомов расстройства. Более свежая версия схематерапии, изначально разработанная для клиентов с пограничным расстройством личности (Arntz & van Genderen, 2009), предлагает модель психотерапии, основанную на работе со схемами, для разных расстройств личности из DSM, а также конкретные терапевтические интервенции.

Предыдущее описание показывает, как сильно менялись модели концептуализации содержания глубинных убеждений и схем за время развития когнитивно-поведенческой терапии. Более того, возникали другие модели, в контексте которых основное внимание уделялось не содержанию глубинных убеждений, а процессам, связанным с ними. Метакогнитивная терапия (Wells, 2009) предлагает психотерапевтам сосредотачиваться не на выявлении и изменении ситуационных мыслей, а на исследовании более общих форм отношения клиентов к своим

мыслям — на мыслях о мыслях. Например, клиент может считать, что беспокойство о потенциальных сложностях снижает вероятность их возникновения. Такие позитивные метакогниции в отношении волнения предрасполагают человека к дальнейшему беспокойству. Представители других теоретических подходов выступают за использование интервенций, основанных на принятии, при которых терапевтический фокус смещается с попыток изменить негативное мышление на попытки принять как данность, что негативные мысли время от времени возникают у всех и что каждому человеку приходится переживать неприятные события (Hayes, Villatte, Levin, & Hildebrandt, 2011; Kabat-Zinn, 2013). Таким образом, интервенции, выстроенные на практиках принятия, например основанная на осознанности когнитивная терапия (Segal, Williams, & Teasdale, 2013), включают в себя обучение клиентов распознавать, но не реагировать на негативные мысли и переживания. Такая работа тоже отражает изменение метакогнитивной обработки информации клиентом, то есть его мыслей о мыслях.

Разностороннее развитие подходов, ориентированных на изменение убеждений и схем, может потрясти простого клинического специалиста. Далее мы опишем некоторые, более типичные когнитивно-поведенческие стратегии, которые используются для оценки глубинных убеждений и схем, а затем обсудим популярные стратегии интервенций. Завершим главу обсуждением некоторых альтернатив типичным стратегиям, ориентированным на изменения, — альтернатив, связанных с принятием.

ОБНАРУЖЕНИЕ УБЕЖДЕНИЙ И СХЕМ

Существуют разные способы выявления убеждений и схем в терапии. Мы уже говорили о том, что на ранних этапах концептуализация в когнитивно-поведенческой терапии предполагает формулировку консультирующим специалистом гипотез о том, какие глубинные убеждения и схемы делают клиента уязвимым к проблемам, с жалобами на которые он обратился. Опубликовано множество статей, посвященных конкретным расстройствам и включающих в себя описание наиболее распространенных схем, связанных с этими расстройствами (Riso et al., 2007).

В когнитивно-поведенческой теории принято разделять мысли, относящиеся к конкретной ситуации, и более стабильные глубинные убеждения или схемы. В подавляющем большинстве случаев, если клиент озвучивает мысль, которая не относится к конкретному моменту или ситуации, а скорее отражает какую-то стабильно возникающую

тему размышлений, вы имеете дело с глубинным убеждением. Будучи психотерапевтом, заинтересованным в нахождении повторяющихся тем, вы наверняка будете время от времени замечать их в рассуждениях клиента и вносить в концептуализацию. В ходе взаимодействия с клиентом мы часто ищем мысли, напрямую связанные с его восприятием себя и повторяющиеся в разное время и разных ситуациях. Призываем читателей этой книги обращать внимание на повторяющиеся темы в высказываниях клиента, потому что они помогают подтверждать изначальные гипотезы. Но и на доказательства, их опровергающие, тоже не надо закрывать глаза, чтобы не делать преждевременные выводы о природе и степени выраженности схем клиентов. Кроме того, не забывайте, что глубинные убеждения могут отражаться в паттернах эмоциональных и поведенческих реакций. Например, клиент, который постоянно злится или страдает от социального избегания, скорее всего, имеет определенные убеждения, которые и предопределяют реакции. Наконец, те, кто снова и снова оказываются в похожих ситуациях (например, раздражают окружающих), часто совершают поступки, основанные на собственных схемах, которые и вызывают у окружающих определенные реакции.

Поиск тем

Иногда когнитивные паттерны проявляются в терапии сами по себе и не требуют конкретной оценки. Например, быстро может стать очевидным, что клиент навешивает на себя ярлык дурака. Другой может уже при обсуждении домашнего задания озвучить свой прогноз: его выполнить невозможно. Увидев, как проявляется глубинное убеждение, и сформулировав предварительные сценарии связанных с ним паттернов, вы можете описать свои соображения клиенту. Мы рекомендуем основывать первые описания на примерах ситуаций, сложившихся в ходе терапии, чтобы проверить, согласится ли клиент с вашей догадкой. Если это уместно, предложите клиенту назвать паттерн и описать, как он сам понимает, в чем заключается убеждение. Если представлять эту информацию в форме наблюдений и догадок, а не конфронтации, шансов привлечь клиента к активному участию в процессе будет больше. При этом мы не рекомендуем представлять схему как нечто, обнаруженное вами, и прямо описывать ее функции или проблемы, с которыми она связана. Такой подход автоматически закрепляет за вами роль судьи относительно поведения клиента,

что наверняка вызовет у него несогласие, которое может перерасти в настоящий спор.

Некоторые клиенты сами сознают свойственные им паттерны и обращаются к психотерапевту с целью их обсудить. Другие приходят в терапию с уже сформированным представлением о паттернах, особенно это касается клиентов, получавших психологическую помощь, изучавших интернет-ресурсы или книги либо просто интуитивно понимающих психологические механизмы. Опять же, мы рекомендуем спросить клиента, какие тот заметил проявления глубинных процессов и с каким опытом те были связаны. Эта информация может стать частью концептуализации. Только не делайте поспешных выводов на основе самоотчетов клиентов — они могут попасть под влияние предвзятости подтверждения; обращайтесь лишь на ту информацию, которая соответствует их убеждениям. Некоторые люди уверены, что понимание механизмов работы глубинных убеждений — краеугольный камень успеха терапии. Если клиент уже на ранних этапах терапии демонстрирует множество инсайтов, вам стоит задуматься, не начать ли разговор о глубинных убеждениях.

Мы считаем, что сначала необходимо решить в терапии какие-то конкретные проблемы, к тому же у вас должен быть опыт работы с клиентом, чтобы вы имели представление о механизмах действия его схем до того, как начнете в них вмешиваться. Если же перейти к оценке или изменению глубинных процессов слишком рано, можно неправильно подобрать интервенции или, что еще хуже, спровоцировать конфронтацию между схемами клиента и вашими представлениями об изменениях. Например, если одна из схем вашего клиента сосредоточена вокруг переживаний о недооцененности и недостаточном уважении, а вы начнете разговор о необходимости изменений, он может заключить, что и вы безразличны к нему, не цените его как личность. Если же клиент осознает негативное влияние некоторых убеждений на его жизнь, лучше сначала уделить время изучению особенностей этого процесса и не переходить к интервенциям сразу. Продолжая приведенный выше пример, вы можете поступить следующим образом: скажите, что хотите предложить клиенту исследовать его идеи о недооцененности, но переживаете, что это предложение он воспримет как проявление недостаточного уважения к нему даже в психотерапии. Так вы назовете убеждение и оцените готовность клиента к его исследованию, одновременно, побеспокоившись о качестве терапевтических отношений, пригласите клиента принять участие в обсуждении тайминга интервенций.

Повторяющийся опыт

О приближении к выявлению глубинной схемы могут свидетельствовать слова клиента о том, что текущий опыт напоминает ему более ранние переживания (например, «Мой начальник обращался со мной так же, как когда-то отец»). Повторяющийся опыт, особенно если он ощущается как нечто, близкое переживаниям из прошлого, — хороший показатель того, что клиент столкнулся с триггером, или воспоминание активировало его схему. В таком случае эффективной стратегией будет дальнейший поиск аналогичных ситуаций и анализ объединяющих их элементов. Замечайте, о каких мыслях будет сообщать клиент, какие чувства у него возникнут, к какому поведению все это его подтолкнет (анализировать можно как актуальный, так и прежний опыт). В общем, старайтесь прорабатывать примеры так, чтобы их можно было включить в когнитивно-поведенческую концептуализацию случая.

Падающая стрела

В главе 9 мы описали так называемую падающую стрелу — технику для оценки глубинных убеждений. Начиная с возникшей в конкретной ситуации автоматической мысли, мы в рамках этой техники предлагаем клиентам оценить выводы и смыслы, которые они вкладывают в разные события и мысли, «спуститься» к основополагающим убеждениям и схемам. Постепенно оценивая связи, которые можно выявить с помощью этой техники, вы поймете убеждения клиентов. Даже если не доводить методику падающей стрелы до самого глубокого уровня, заданные в таком формате вопросы помогут разобраться с выводами, которые клиенты делают о разных ситуациях, эмоциях или мыслях, — чтобы понять, какой смысл они вкладывают в те или иные события. Простые вопросы вроде «Когда случилось..., что это значило для вас?» иногда позволяют обнаружить глубинные убеждения без особых усилий и временных затрат.

Раскрытие концептуализации случая

Для оценки и прояснения роли схем в жизни клиента часто используется стратегия, подразумевающая обсуждение формирующейся концептуализации с клиентом. Мы считаем, что основа или предварительная версия концептуализации может быть составлена даже после первой

сессии. По мере дальнейшего взаимодействия с клиентом ее можно дополнять и прорабатывать в деталях. Если вы и ваш клиент готовы перейти к схемам, допустимо использовать разные форматы обсуждения. Для описания отношений между схемами, активирующими ситуациями, автоматическими мыслями, а также поведенческими и эмоциональными последствиями мы чаще выбираем формат, описанный на рис. 3.2. Тем не менее конкретная форма преподнесения информации клиенту будет зависеть от его особенностей. За основу обсуждения можно взять формы, разработанные Персонс (1989) или Дж. Бек (1995, 2013). Любые подобные техники способствуют метакогнитивной оценке схемы и ее эффектов. Поэтому на момент обсуждения схемы важно собрать достаточно информации, чтобы полноценно участвовать в процессе и чтобы клиент был на эмоциональном и когнитивном уровне готов к таким абстрактным обсуждениям.

Поведенческие эксперименты

Схемы также можно оценивать с помощью поведенческих экспериментов. Например, вы с клиенткой предполагаете наличие у нее следующего убеждения: ее отвергнут, если она будет открыта и честна с другими. Такое допущение обычно основано на более глубоком убеждении о социальной нежелательности, которое вы тоже можете озвучить в форме предположения. Чтобы проверить предсказание, а также посмотреть, активируется ли описанное ожидание, придумайте вместе с клиенткой эксперимент, в котором она специально попробует быть более открытой, чем обычно.

Важно обговорить аспекты применения данного метода. Поведенческие эксперименты обычно приносят дополнительную пользу. Клиентам с депрессией они позволяют восстановить связь со средой, тревожным клиентам — отказаться от избегания определенных обстоятельств. Тем не менее, как и при назначении любых других поведенческих заданий, вы должны предварительно убедиться, что у клиента есть навыки, необходимые для успешного выполнения экспериментального задания. В зоне вашей ответственности находится проверка составленного плана задания на предмет наличия в нем необходимой информации, которая может пригодиться в процессе. Иногда поведенческая проверка подтверждает убеждения клиента, но подобное задание помогает и собрать опровергающие их доказательства. Так что готовьте клиентов к возможности столкнуться с обоими типами информации.

Важнейшей целью эксперимента является проверка, насколько ситуация сама по себе провоцирует возникновение ожидаемых, исходя из концептуализации, автоматических мыслей. Поэтому использовать данную стратегию лучше всего, когда вы с клиентом сформулировали предположительные глубинные убеждения и клиент выразил готовность оценить, насколько они влияют на его жизнь. Такие эксперименты обычно приводят к возникновению тревоги, поэтому клиент должен быть готов проявить стойкость в условиях необходимости реагировать на негативный исход.

Гипотетические ситуации

Более простая в использовании альтернатива поведенческим экспериментам предполагает конструирование гипотетических событий и оценку того, как, на взгляд клиентов, они реагировали бы, оказавшись в подобных обстоятельствах. Высока вероятность, что эти прогнозы довольно точно опишут реальные реакции клиента (тем не менее нужно оставаться внимательными к вероятным искажениям). Среди прочего использование гипотетических ситуаций бывает полезно, так как их довольно легко создавать и модифицировать прямо на сессии. Можно сказать, что это способ «дешево и сердито» выявить аспекты ситуации, более всего связанные с негативными реакциями. Гипотетически оценки также могут помочь в работе с необычными или сложно воспроизводимыми в реальности триггерами. Тем не менее использовать этот прием надо с осторожностью, потому что эксперименты проводятся мысленно, а значит, могут не отражать опыт, который клиент пережил бы в реальной ситуации. Кроме того, не забывайте, что некоторые люди с радостью погружаются в обсуждение своих предполагаемых реакций, раз психотерапевту этого достаточно — это позволяет избежать реальной проверки их предсказаний. Поэтому старайтесь придумывать способы оценки глубинных убеждений *in vivo*, а не гипотетически. Впрочем, гипотетическая проработка иногда служит подготовкой к реальному поведенческому эксперименту.

Взгляд в прошлое

Еще одна стратегия оценки схем заключается в анализе ее исторической основы. Глубинные убеждения и схемы обычно формируются для

решения определенной задачи, которая может быть в высокой степени специфической. Но зачастую схемы создаются для осмысления мира (например, чтобы создать систему отношений к себе и миру) или с целью адаптации к текущей ситуации (которая может быть дисфункциональной). Например, схема способна помочь подростку пережить травлю в школе: он объяснит происходящее собственными недостатками или «ущербностью». Если вам удастся примерно определить, в какой жизненный период у клиента сформировалась схема, и понять, в чем *тогда* заключалась ее адаптивная функция, вы получите дополнительные доказательства того, что ранняя схема была определена верно и что теперь она приносит клиенту скорее дополнительные страдания и беспокойство.

Эмоциональный прайминг

Другая стратегия оценки схем предполагает использование эмоциональных техник в качестве триггера для активации глубинных убеждений. Представьте себе клиента, обратившегося к вам с жалобами на депрессию и другие проблемы. К моменту начала полноценной терапевтической работы над схемами депрессивные симптомы этого клиента могут существенно ослабнуть, и ему будет сложно оценить схему и ее последствия. В подобной ситуации, заручившись информированным согласием клиента, допустимо поступить следующим образом: помочь клиенту вспомнить печальный период жизни и погрузиться в тот опыт, представляя, что он переживается снова, чтобы с помощью эмоционального прайминга активизировать убеждения, которыми человек руководствовался в прошлом. В некоторых случаях данный прием помогает показать клиенту, что схема или убеждение до сих пор для него актуальны — просто менее активны благодаря успехам в лечении.

Материалы для чтения

Некоторым клиентам полезно изучать литературу о глубинных убеждениях и схемах. У нас собран большой список глав, книг и других материалов, которые можно рекомендовать к прочтению тем, кто стремится лучше понять общие механизмы работы дисфункциональных убеждений и их конкретное влияние на текущие проблемы (это актуально для клиентов, имеющих достаточно развитые навыки чтения и соответствующие интеллектуальные способности). К хорошим

источникам информации для клиентов относятся «Терапия настроения» (Бернс, 2019), «Как начать жить снова» (*Reinventing Your Life*; Young & Klosko, 1994) и «Управление настроением» (Гринбергер, Падески, 2020). Некоторым людям мы даже предлагали читать руководства для психотерапевтов, чтобы они могли сами решить, насколько разработанная для определенного расстройства модель подходит к их восприятию себя. Кроме того, хотя мы стремимся рекомендовать материалы в когнитивно-поведенческой парадигме, иногда, руководствуясь актуальностью для клиента, советуем и чтение информации, подготовленной в других терапевтических моделях.

Формальная оценка

Существуют и формальные способы оценки схем с помощью опросников. В контексте депрессии особенно актуально использование Шкалы дисфункциональных отношений (DAS; Weissman & Beck, 1980) и Шкалы социотропности-автономности (SAS; Bieling, Beck, & Brown, 2000; D. A. Clark & Beck, 1991). В обоих опросниках клиентам предлагается прочесть ряд утверждений, отражающих потенциально дисфункциональные убеждения, а затем оценить степень согласия с каждым из них. Оригинальный опросник DAS включал в себя 100 утверждений, но позднее была разработана аналогичная методика из 40 утверждений. Форма А, которую используют чаще всего (Nezu et al., 2000), прошла факторный анализ по двум шкалам, отражающим шкалы социотропности и автономности в опроснике SAS.

Для оценки схем часто используется опросник схем Янга (YSQ), который можно найти на сайте www.schematherapy.com, где также размещен ряд других методик. В третьей версии YSQ представлены 18 негативных схем, основанных на работах Янга (табл. 10.1). YSQ также подвергнулся факторному анализу, результаты которого подкрепили его теоретическую структуру (Lee, Taylor, & Dunn, 1999). Опросник длинный, его заполнение и обработка требует времени, но по результатам вы можете составить профиль схем, подходящий для обсуждения с клиентами. Сильная сторона YSQ в том, что авторы подробно описали фенотип каждой схемы (ее прототипическое развитие и функционирование), а также интервенции, которые можно использовать в работе с ними (Young et al., 2003).

Важно правильно выбрать момент в терапии для использования опросников как способа оценки. Если заполнять их сразу, в момент

начала работы со специалистом, острота состояния клиента может исказить результаты. Если делать это слишком поздно, схемы могут начать меняться, и эффективно их измерить будет сложно. Мы рекомендуем рассматривать использование опросников для выявления схем на этапе, когда клиент достиг ряда улучшений в ходе терапии, но пытается справиться с негативными мыслями. В этот период схемы еще будут активны, их можно оценить, однако состояние дистресса уже не искажает результаты. Процесс оценки можно позиционировать как шанс лучше разобраться в образе мыслей клиентов. Описание результатов опросников можно также совместить с представлением концептуализации случая клиента и получением от него обратной связи. В идеале результаты опросников должны согласовываться с концептуализацией, тогда их можно представить в качестве независимого подтверждения вашей интерпретации сложившейся в жизни клиента ситуации. Многие клиенты в дальнейшем говорят, что разбор результатов YSQ и других опросников оказался очень полезен, особенно если этому уделено достаточно времени.

ИЗМЕНЕНИЕ СХЕМ

Итак, вы дошли до этапа психотерапии, когда повседневное функционирование клиента существенно улучшилось, определили глубинные убеждения, которые способствовали возникновению исходной проблемы, и использовали опросник для оценки наличия у клиента разных схем. Вы составили и представили клиенту идеографическое описание концептуализации и пришли к некоему общему знаменателю в отношении него. Вероятно, вы даже успели обсудить с клиентом историю формирования этих схем и функции, которые они выполняли, когда появились. Пожалуй, самое время заняться изменением схем — не столько для решения актуальных проблем, сколько для снижения вероятности рецидива и откатов в будущем.

Прежде чем переходить к интервенциям, ориентированным на изменение схем, мы призываем на какое-то время приостановиться. Хотя логично предположить, что коррекция дисфункциональных схем снизит уязвимость к страданиям в будущем, и вы с клиентом можете считать это потенциально для него полезным, процесс изменения схем не легок. Клиентам, по сути, придется ставить под сомнение привычное восприятие себя и окружающего мира. Для изменения схем иногда приходится менять социальное окружение, сталкиваться с людьми из прошлого и переживать отвержение — со стороны тех, кому начнет

казаться, что клиент слишком изменился. Такая работа порой приводит к дестабилизации представлений о себе и даже усилению, а не ослаблению страдания в краткосрочной перспективе.

Более того, на данный момент у работы над изменением схем довольно слабая доказательная база. Когда в ходе анализа компонентов к когнитивной терапии депрессии и поведенческой активации добавляли когнитивную реструктуризацию либо интервенции, сфокусированные на изменении схем, клинические итоги интенсивного лечения депрессии не менялись (Jacobson et al., 1996). Кроме того, добавление этих интервенций к поведенческой активации не снизило риск рецидива на протяжении следующих двух лет (Gortner, Gollan, Dobson, & Jacobson, 1998; также см. Dimidjian et al., 2006). Поэтому, по крайней мере в отношении работы с депрессией, на данный момент недостаточно доказательств, что работа со схемами приносит клиентам дополнительную пользу. По доступной нам информации, ценность ориентированных на схемы интервенций пока подкреплена лишь разборами конкретных кейсов и неконтролируемыми исследованиями. Безусловно, множество свидетельств эффективности метода собрано в неформальных беседах с психотерапевтами, поддерживающими работы Янга и его коллег (2003), но проведение новых исследований необходимо (Arntz & van Genderen, 2009).

Таким образом, прежде чем начать путешествие по миру схем с клиентом, вы оба должны быть уверены, что преимущества этого мероприятия перевесят затраты — временные, финансовые и эмоциональные. Кроме того, клиенты в большинстве своем не обращаются в психотерапию с запросом на подобные изменения; понимание глубинных дисфункциональных схем чаще возникает в процессе терапии. Поэтому мы уверены, что психотерапевт этически обязан получить от клиента прямое согласие на такую работу до ее начала. И один из первых шагов, которые нужно сделать для его получения, — обсуждение возможных последствий изменения схем с клиентом, чтобы тот понимал, какие усилия от него потребуются. Мы также обязаны уважать право клиента не давать такое согласие, и если это произойдет, следует перевести терапевтический процесс в стадию завершения и обсуждения мер предотвращения рецидивов (см. главу 11).

Хотя мы признаем неоднозначность собранных по этому вопросу данных, предположение, что риск рецидива выше у клиентов, не работавших над изменением схем, согласуется с когнитивной моделью. Поэтому представляется правильным держать «дверь открытой», чтобы клиенты могли вернуться в терапию в будущем и проработать новые

актуальные сложности. Кроме того, вполне вероятно, что изменение схем постепенно произойдет само по себе и без применения прямых интервенций — исключительно за счет изменения поведения и мышления. Если клиент продолжит действовать по-новому и после психотерапии, возможно, его схемы изменятся не в результате формальной схематерапии, а благодаря получению нового опыта.

МЕТОДЫ ИЗМЕНЕНИЯ СХЕМ

Предположим, что вы с клиентом пришли к единому мнению о том, что изменения схем будут для него полезны; клиент дал согласие на такую работу. Вы можете использовать два типа методов — основанных на поиске доказательств и логических изменениях. Каждый подробно описан далее.

Методы изменения схем, основанные на поиске доказательств

Модифицировать глубинные убеждения и схемы клиента можно по-разному. Обычно такие интервенции начинаются с идентификации существующей или старой схемы, которая затем сопоставляется с предпочитаемой или новой. Руководствуясь исключительно соображениями практичности, мы начинаем со взвешивания преимуществ и недостатков обеих схем, чтобы клиенты приняли мысль о потенциальной пользе их изменения, и уже после этого применяем техники, основанные на сборе доказательств, чтобы закрепить восприятие ценности желаемых изменений.

Выделение элементов схемы

К методам изменения схем относится трансформация не самих категорических описаний, но их более специфических критериев. Например, у клиента может иметься схема недоверия к другим людям. Возможно, она сформировалась на основании жизненного опыта, в том числе общения с отстраненными родителями; опыта социального отвержения и даже насильственных отношений. Однако в актуальной жизненной ситуации недоверие скорее ассоциируется у клиента с одиночеством, отказом от социальных действий, боязнью других людей, непониманием их мотивации и даже чтением мыслей об их предполагаемых побуждениях. Необязательно сразу пытаться модифицировать схему недоверия;

вероятно, будет легче выделить основные поведенческие и эмоциональные маркеры схемы и изменить их. Например, проще выявить, оценить и перестроить склонность к чтению мыслей, чем пытаться менять более глобальное ощущение недоверия. При этом изменение ключевых элементов приведет к постепенному изменению общей схемы.

Выявление последовательностей

Довольно часто глубинные убеждения и схемы выражаются в довольно жестких формулировках. Например, схемы могут звучать категорично: «Я совершенно ничего не стою» и «Мужчинам нельзя доверять». Для таких доведенных до абсолюта утверждений сложно находить опровергающие доказательства. В работе с подобными случаями полезно обсудить вероятность того, что настолько категоричные формулировки по какому бы то ни было вопросу могут оказаться действительно верными; определить ценность такого убеждения и связанные с ним риски; исследовать доказательства «за» и «против» него. В идеале клиент должен согласиться, что формулировка его убеждения слишком категорична; тем временем вы сможете вместе переоценить степень доверия к ней, обращая внимание на ее изменения в ходе психотерапии.

Запись позитивных данных

Еще одна стратегия для модификации схем, имеющая доказательную базу, тоже основана на выделении ключевых аспектов схемы, но уже новой, желаемой. После того как эти аспекты определены, клиенту нужно собирать и записывать доказательства, подкрепляющие новую схему. Перенос фокуса внимания на позитивные доказательства усиливает другие позитивные действия и мысли, которые, в свою очередь, поддерживают более позитивные убеждения. Например, мать двоих повзрослевших детей постоянно переживает за них, из-за чего вмешивается в их жизнь. Вместо этой модели поведения она может попробовать разработать схему «заботы и участия» и несколько способов демонстрации этой новой схемы, которая затем может быть отслежена и/или дополнена с помощью Дневника для записи позитивных данных. Такие дневники имеет смысл делать из двух колонок. В верхней части страницы записать названия старой и новой схемы, затем в одну колонку записывать данные, соответствующие новой схеме, а в другой собирать данные, соответствующие старой схеме — в более позитивной и терапевтической интерпретации.

Доказательства в пользу старой и новой схем

Когда схемы клиента начнут меняться, кроме Дневника для записи позитивных данных можно начать фиксировать доказательства в пользу существования и эффектов старых и новых схем. Изначально эта практика может отразить доминирование старой системы убеждений, но когда начнут происходить изменения, доказательств в пользу нового убеждения будет все больше, а они сами — все качественнее. Со временем можно сравнить, насколько изменилось доверие клиента к старой и новой схемам, чтобы сделать эти изменения очевидными и для него самого.

Что требуется для изменения убеждений

В результате сбора более объективной информации о старых и новых убеждениях вы с клиентом можете перейти к обсуждению типов доказательств, которые нужны для того, чтобы убедиться — новая схема «прижилась», управляет поведением клиента и интерпретацией происходящего. Такое обсуждение способно стать очень полезным и прояснить убеждения, связанные с природой и степенью желаемых изменений, а также с критериями, благодаря которым эти изменения можно оценить. Одни клиенты могут ставить перед собой такие высокие стандарты, что они едва ли достижимы, и верить, что изменения произошли. Другие — воспринять один-единственный откат назад как неоспоримое доказательство своей несостоятельности по части изменения схемы. Риск возникновения подобных сложностей существенно снизится, если вы будете их ожидать и проработаете этот вопрос с клиентом, определив объективные критерии изменений.

Вам как терапевту обсуждение критериев позволит оценить, насколько реалистично ждать, что клиент интернализирует, прочувствует перемены. Например, велика вероятность, что клиент, страдающий от недостатка доверия и придерживающийся мнения, что ему нужно быть доверчивым и спокойным со всеми, кого он встречает, чтобы действительно поверить, что схема изменилась, скорее всего будет обескуражен и может воспринять лечение как неудачное. Намного реалистичнее возвращать новую схему о том, что окружающим нужно давать шанс продемонстрировать, что они достойны доверия. Другой реалистичной целью может стать определение правил, которые в дальнейшем помогут определять, кто достоин доверия, а кто — нет. Наконец, реалистичные критерии, в отличие от завышенных стандартов, увеличивают вероятность успешного продвижения по пути новой схемы.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ РОЛЕВЫЕ ИГРЫ

Еще одна стратегия модификации схем заключается в использовании времени терапевтических сессий для практики. Например, если старая схема клиента связана с некомпетентностью, а новая — с уверенностью и компетентностью, помогите клиенту вести себя уверенно и компетентно прямо на сессии. Некоторым клиентам могут потребоваться поведенческие инструкции или иные методы достижения поведенческих изменений, которые мы обсудили выше. Это особенно актуально при работе с людьми, чье детство прошло в среде, бедной на возможности обретения ключевых и необходимых ныне навыков. Есть шанс обсудить и отработать их на сессии, чтобы повысить шансы клиента на достижение успеха в решении поставленных задач в повседневной жизни. В идеале проводить такие ролевые игры по сложным сценариям, в которых новой и более позитивной схеме будут бросаться серьезные вызовы. Вы можете даже выступить в роли «адвоката дьявола», используя информацию, которую клиент ранее применял для самоуничтожения и самокритики, — с целью проверить, справляется ли он с ней в контексте новой развивающейся схемы.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ «КОНФРОНТАЦИЯ»

Сам Янг с коллегами писали (2003), как полезно порой использовать терапевтические отношения для подкрепления изменений схемы. Например, при работе с социально зависимым или требовательным клиентом вы, вероятно, определите наличие у него схемы несостоятельности или неспособности добиться изменений. Если уместно, обсудите с ним напрямую, как такая схема влияет на терапевтические отношения. Вы можете выявить признаки изменения схемы в контексте терапевтических отношений, а затем поощрять их через собственные слова и действия. В идеале, обнаружив изменения в паттернах отношений, давать клиенту обратную связь по ним. Так ваши отношения могут стать источником доказательств изменения схемы.

Представьте, что Джон — ваш клиент, с которым вы провели определенное количество сессий. Он обратился с жалобой на генерализованное беспокойство и депрессивные симптомы. Со временем вы заметили, что он старается получать от вас утешение и выражать почтительное отношение к вам. Психотерапия улучшила его симптоматику, и Джон проявил интерес к схематерапии. При обсуждении концептуализации стало очевидно наличие у него схем зависимости от близких и боязни неудачи. Джон подтвердил, что в терапии отводил вам позицию руководителя, старался

минимизировать собственные попытки измениться. Желая пошатнуть безоговорочное доверие клиента вашему мнению и трепет перед фигурой терапевта, вы отметили, что наверняка было бы ошибкой давать прямые советы о том, что делать в жизни. Поэтому помогали ему рисковать прямо на сессии и принимать решения как в ходе встреч с вами, так и при выполнении поведенческих заданий. Вместе с Джоном вы оценивали прогресс терапии и поощряли его честную обратную связь.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ЭКСПЕРИМЕНТЫ

Одна из наиболее эффективных и часто используемых стратегий для сбора доказательств в пользу новой схемы — проведение поведенческих экспериментов. Ранее в этой главе мы говорили о том, что поведенческие эксперименты можно использовать для оценки схем, они также являются эффективными способами помочь изменить схемы. Стратегия интервенций в данном случае включает в себя обсуждение предполагаемых действий, которые будет совершать клиент, а также мыслей и чувств, которые возникнут у него, если произойдет интернализация новой схемы. Вместе с клиентом вы можете придумать поведенческий эксперимент, в котором нужно реализовать какой-либо аспект новой схемы. Например, тихая и пассивная клиентка, часто бравшая на себя роль жертвы и регулярно задерживавшаяся на работе ради выполнения дополнительных задач, чтобы «спасти» неэффективного начальника, может решить идти на жертвы исключительно «ради себя» — проявить ассертивность и отказаться задерживаться допоздна. По идее, при разборе домашнего задания должно выясниться, что преимуществ у такого поведения и новой схемы больше, чем недостатков; это, в свою очередь, вдохновит клиентку на осуществление новых шагов на пути большей заботы о себе. Прямой опыт, который люди получают, совершая связанные с новой схемой действия, способствует экспериенциальному научению.

Представьте, что Джон, клиент, о котором мы говорили выше, продолжает искать у вас утешения и по-прежнему боится рисковать. Вы можете вернуться к обсуждению схемы зависимости и боязни неудачи, разобраться, как она мешает достижению изменений, а затем, в качестве домашнего задания, предложить Джону реже обращаться за одобрением к другим людям, которых он уважает. Например, Джон рассказывал, что обычно соглашается с предложениями возлюбленной о совместном времяпрепровождении на выходных. В качестве домашнего задания ему следует предложить ей занятия, которые ему нравятся, даже если он знает, что они не очень нравятся ей. Кроме того, вы можете договориться, что в течение грядущей недели Джон выполнит еще один эксперимент, который сочтет полезным, — без предварительного обсуждения с вами.

Действовать «как будто»

Эта интервенция похожа на поведенческий эксперимент, хотя в некотором смысле заходит еще дальше. Клиентам предлагается попробовать вести себя так, будто новая схема полностью усвоена и нашла свое место в системе их убеждений. По смыслу это упражнение близко к поговорке «притворяйся, пока у тебя не получится». Впрочем, к сожалению, у поговорки есть негативные коннотации. Так что можно использовать фразу «делай как можешь, пока не почувствуешь, что действительно можешь». Для начала следует подробно обсудить с клиентом его мысли, чувства и действия, связанные со старой схемой, а затем сопоставить их с разными проявлениями предполагаемой новой схемы. Кроме мыслей, чувств и форм поведения, можно коснуться очень разных аспектов, от одежды до стиля жизни, карьерных решений и социальных сетей. Обсудив всевозможные области проявления изменений, предложите клиенту в качестве эксперимента на протяжении определенного времени попробовать пожить так, будто он уже верит в новую схему. Творческий подход, воображение и открытость новому опыту сделают данный поведенческий эксперимент веселым и раскрепощающим для клиента.

Обычно применение техники «как будто» предполагает изменения сразу в нескольких сферах. Столь масштабные перемены могут заметить в том числе окружающие люди. Имеет смысл обсудить эту перспективу заранее, предупредить клиента о возможности услышать комментарии и критику от других. Кому-то даже придется ощутить на себе силу социального давления, подталкивающую к возвращению в привычную колею. Подобные реакции со стороны окружающих позволят понять, кто готов поддержать позитивные изменения в жизни клиента, а кто — нет. С другой стороны, произошедшие с клиентом изменения могут остаться незамеченными; отсутствие реакции тоже способно быть источником полезной информации. Иногда новое поведение кажется настолько некомфортным, что старые привычки буквально тянут обратно: сила данного импульса будет соответствовать силе старой схемы.

Приведем пример использования техники действия «как будто» из практики одного из авторов этой книги (К. Д.). Проблемы клиентки с депрессией были отчасти связаны с низкой самооценкой в личных отношениях и потребностью получать валидацию от мужчин. Хотя женщина была вполне успешна в профессии, она часто отвечала согласием на приставания мужчин и оказывалась в сексуальных

ситуациях, в которых чувствовала себя униженной и о которых после жалела. Тем не менее по мере приближения выходных старые схемы заставляли ее чувствовать отчаяние и острую потребность найти партнера. Конечно, когда она временно принимала ухаживания не устраивавших ее в действительности мужчин, удовлетворительные отношения не складывались.

Психотерапевт вместе с клиенткой заметили данный паттерн и назвали лежащие в его основе схемы, а также обсудили, как могло бы измениться поведение женщины, если бы она руководствовалась иными схемами. В обсуждении в том числе затронули ее социальное поведение; людей, с которыми она общалась; ее манеру одеваться и даже конкретных спутников. Затем обсудили, чем она могла бы заниматься, если бы не ходила в бар для привлечения мужчин: клиентка сказала, что хотела бы изменить цвет стен в своей квартире, чтобы сделать пространство своим, а также вернуться к приятному хобби, которое забросила. Женщина согласилась попробовать в течение месяца жить так, будто ей не нужна любовь мужчины, чтобы чувствовать себя полноценной. Она изменила социальные привычки (на что получила в том числе негативную обратную связь, включая своих дружков из бара), перекрасила стены в нескольких комнатах, чем осталась довольна, и записалась на курс, связанный с хобби. Иногда женщина чувствовала себя одиноко и хотела прекратить эксперимент, но держалась. По прошествии месяца клиентка сообщила, что гордится своей стойкостью, чувствует себя более полноценной и способной позаботиться о себе. Ей по-прежнему хотелось построить отношения, однако она поняла, что старая стратегия в этом вряд ли поможет. Психотерапия на этом не закончилась: дальше требовалось разобраться с деталями новой схемы и спланировать ее внедрение в жизнь. Тем не менее в месяц, проведенный «как будто», проблема была решена — клиентка сделала важный шаг по изменению старой схемы.

Столкновение с прошлым

Еще один метод, ориентированный на поиск связанных со схемами доказательств, предполагает исследование истории их возникновения и возможное столкновение с прошлым опытом прямо на терапии. Этот метод особенно полезен в работе с клиентами, которые выражают смешанные чувства или противоречивые мысли по поводу прежних событий. Например, клиент может рассказывать об очевидно неэффективном, пренебрежительном и даже насильственном поведении

родителей и тем не менее позитивно оценивать свое детство. Хотя негативные схемы бывают связаны с поведением родителей, неоднозначные чувства в отношении детского опыта способны мешать даже обсуждению этого вопроса. Предложите такому клиенту в подробностях вспомнить какой-либо детский опыт и попробовать снова пережить события тех лет в воображении. Повторное переживание детского опыта зачастую наводит людей на мысль, что источником проблем тогда явились родители — дети едва ли могут существенно влиять на функционирование семейной системы. Подобный опыт способен помочь клиенту по-новому интерпретировать события жизни, которые не сочетаются с его негативными схемами, — так, чтобы изменения показались возможными. Использование воображения с целью соприкоснуться со сложным опытом в терапии часто вызывает у клиентов сильные и противоречивые эмоции. Вспоминая детство, некоторые ощущают острую вину и стыд. Другие клиенты, особенно имеющие травматический опыт, могут пережить диссоциацию. И хотя сильные эмоциональные реакции довольно распространены, на момент реализации техники вы будете неплохо знать клиента и понимать, что именно неспособность их пережить и привела его в ваш кабинет. «Горячие» когниции, возникающие вместе с эмоциональными реакциями, скорее всего, будут полезны при изменении схемы.

Иногда воспоминания клиента о прошлом оказываются слишком неясными или эмоционально перегруженными, так что изменить отношение к ним через столкновение с ними не получается. Кроме того, люди, с которыми связаны воспоминания клиента, могут до сих пор присутствовать в его жизни — значит, есть шанс встретиться с ними в реальности. Например, клиентка может обсудить свои воспоминания с матерью и проверить, одинаково ли они запомнили произошедшее. Обсуждение событий прошлого с братьями и сестрами тоже помогает оценить роль семьи в процессе формирования схем и получить взгляд со стороны на важные, по мнению клиента, события. Целью подобных обсуждений должна быть оценка и оспаривание схемы, а не выяснение, чьи воспоминания точнее.

Хотя столкновение с прежним опытом позволяет раскрыть важную новую информацию, которая поможет клиентам переоценить свое детство и причины возникновения схемы, использование данной техники связано с существенными рисками. Один из них обусловлен тем, что действующие схемы клиента могут исказить воспоминания о событиях, и тогда формирование нового взгляда на них сильно усложнится, а то и окажется невозможным. Кроме того, люди, принимавшие непосред-

ственное участие в формировании схемы, с большой долей вероятности не захотят обсуждать прошлое или начнут доказывать клиенту бесполезность этой затеи. Отношение окружающих к предложению обсудить события прошлого, в свою очередь, способно помочь клиенту понять роль свойственных им схем в формировании их поведения. Если вы с клиентом решите, что ему нужно пообщаться с людьми из прошлого в реальном времени, спланируйте конкретные действия и проиграйте предполагаемые диалоги по ролям. Имеет смысл обсудить возможные ограничения метода, прежде чем клиент перейдет к реконструкции истории формирования схем. Наконец, переоценка раннего опыта, связанного со схемой, не должна быть самоцелью — полученную в результате этой интервенции информацию стоит использовать в других упражнениях по изменению схем в текущих обстоятельствах клиента.

Методы, основанные на логических изменениях

Все методы изменения схемы, описанные выше, были направлены на поиск и анализ фактической информации, связанной со старой и новой схемами. Это действительно мощный подход: если воплощать его осторожно и в сотрудничестве с клиентом, тот научится относиться к новой схеме как к чему-то более позитивному и адаптивному — по сравнению со старыми убеждениями. Зачастую такие стратегии используют в сочетании с методами, основанными скорее на логике или индукции. Вы можете начать изменения схемы с логического обсуждения идеи, придумать экспериментальные упражнения для проверки ее влияния на человека, а затем вернуться к логическому обсуждению, которое позволит собрать воедино факты, необходимые для планирования следующего эксперимента, — и так далее, до тех пор, пока клиент не перейдет на новые убеждения и схемы.

Образ нового себя

Выше мы говорили о том, что важная часть работы по изменению схемы заключается в сопоставлении старых убеждений, их влияния на жизнь клиента с новыми убеждениями и их предполагаемым воздействием. Чтобы исследовать этот вопрос, для начала следует как можно точнее назвать схему — это позволит клиенту максимально полно и ярко представить ее воздействие. Эффект освобождения от старых мыслительных и поведенческих привычек иногда возникает даже после простого представления новой схемы; такая реакция помогает подойти к следующим процессам с большей мыслительной гибкостью.

Есть простой способ помочь клиентам представить, как могла бы измениться их жизнь: спросите, какие сферы жизни их не устраивают и что хотелось бы изменить. Затем попробуйте сопоставить эти идеи и проблемы, которые всплывали в терапии ранее, — помогите клиенту увидеть, к каким результатам могут привести изменения. В идеале, ему стоит самому сформулировать такие идеи, но если сделать это не удастся, подскажите ему источники для вдохновения, например, книги (в том числе биографические) или фильмы. С целью дальнейшего обсуждения можно предложить прочесть финальные главы «Хорошего самочувствия» (Бернс, 1999) или подходящие главы «Как начать жить снова» (*Reinventing Your Life*; Young & Klosko, 1994). Либо использовать классические притчи (например, Эзопа) или случаи из вашей практики. Иногда уместно самораскрытие: расскажите историю пережитых вами изменений (важно представлять события так, чтобы у клиента не формировалось представление о вас как об идеальной ролевой модели). Если эти меры не помогут, попробуйте сами предложить что-то клиенту, но уважительно относитесь к его праву делать выбор. Так, он может решить прочесть биографию Кристофера Рива — человека, совершившего поразительные поступки, несмотря на пережитую трагедию, или биографию Марка Тьюксбери, которому пришлось преодолеть стыд и стигму, чтобы раскрыть свое истинное я. «Элегантность ежика» Мюриэль Барбери (2006) — еще одно отличное произведение, посвященное возможности изменений, когда даже сварливая главная героиня (тот самый «ежик») в подходящих обстоятельствах находит в себе силы измениться.

Поиск социальной поддержки и консенсуса

Клиент может не только сам думать над образом нового себя, но и собирать идеи и мнения других людей по поводу запланированных изменений. Прежде чем переходить к выполнению этого упражнения, человеку нужно подумать, какую обратную связь он хочет получить и какие ожидания в этом смысле будут реалистичными. Такое обсуждение способно помочь вам и вашим клиентам предсказать вероятные реакции со стороны социального окружения по мере достижения желаемых изменений, а также представить возможные эффекты этих реакций. Например, если клиент уверен, что родственники и друзья не просто примут его планы по внедрению некоторых изменений в жизнь, но и по-настоящему поддержат, он может решиться на более смелые шаги. Кроме того, само обсуждение грядущих изменений с другими станет для него своего рода

подготовкой. Убедитесь, что клиент будет искать социальную поддержку или собирать дополнительную информацию у людей, которым доверяет и с которыми готов обсуждать эти идеи: вряд ли полезно спрашивать мнение тех, кто не важен и чья обратная связь обесценится.

Преимущества и недостатки старой и новой схем

Более формальный и классический метод, используемый для оценки потенциальной полезности и ожидаемого эффекта применения новой схемы, предполагает ее анализ с разных точек зрения. Обычно эта стратегия включает в себя разбор преимуществ и недостатков как старой, так и новой схемы. Когда ваш клиент начнет задумываться о перспективе изменения убеждений, он, скорее всего, будет видеть в старой схеме исключительно недостатки, а новая схема будет представляться ему идеальной. Поэтому мы рекомендуем на данном этапе замедлиться и хорошенько разобраться со всеми преимуществами и недостатками обоих вариантов.

Согласно когнитивной модели, развитие схем связано с прежним опытом клиента: именно схемы раньше помогали ему осмыслять мир. Таким образом, даже самые дисфункциональные и ущербные схемы, вполне вероятно, «имели смысл» и были адаптивными в прошлом. Найти преимущества негативных убеждений обычно не так уж трудно. Например, клиентка, уверенная в том, что ее нельзя любить, может и не пытаться искать отношения — так она не рискует «обжечься». Клиент, считающий себя ущербным, тем самым переводит эту мысль в многократное отвержение, которое ему довелось пережить. Перфекционистка использует свою схему для объяснения постоянных разочарований в других людях, которые ее постоянно подводят. С другой стороны, у любого, даже самого привлекательного альтернативного убеждения есть своя цена. «Недостойная любви» клиентка, начав оспаривать свое убеждение, должна пойти на риск пострадать в отношениях. Ущербный клиент должен научиться видеть свои позитивные качества и долю ответственности за успех (или неудачу) в социальных отношениях. Преодоление перфекционизма будет отчасти связано с готовностью выносить несовершенства в себе и других. Все эти изменения предусматривают напряжение и не дадутся клиентам легко. Это имеет смысл заранее проговорить: любые изменения связаны с рисками, но в будущем они могут привести к позитивным результатам.

Мы также обращаем внимание клиентов на тот факт, что в разное время у обеих схем могли быть разные преимущества и недостатки.

Преимущества старых схем, вероятно, будут относиться к более далекому прошлому, а в недавнем прошлом или в настоящее время они приносят больше негатива. Новые и более адаптивные схемы, возможно, связаны с рядом недостатков в краткосрочной перспективе, зато сторицей окупятся в будущем. В табл. 10.2 дан пример такого анализа для гипотетического клиента со схемой ущербности. Обратите внимание, что проведение такого анализа требует времени, работать над ним психотерапевт и клиент могут на протяжении нескольких сессий, используя рефлексивную, логический анализ и поведенческие эксперименты.

Таблица 10.2. Сопоставление старой и новой схем

	Старая схема: «Я ущербный человек»	Новая схема: «Я нормальный человек и делаю все, что могу»
Преимущества		
Краткосрочные	<ul style="list-style-type: none"> ● Я могу довольствоваться малым. ● Мне не приходится слишком стараться. ● Я могу позволить себе быстро сдать. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Я могу большего ждать от жизни. ● Я могу большего ждать от других. ● Это убеждение помогает мне развиваться.
Долгосрочные	<ul style="list-style-type: none"> ● Это объясняет, почему отец бил меня в детстве. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Шанс быть счастливым. ● Шанс выстроить новые близкие отношения. ● Возможность попытаться достичь важных для меня целей.
Недостатки		
Краткосрочные	<ul style="list-style-type: none"> ● Мешает достигать профессиональных и личных успехов. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Непонятно, чего я на самом деле стою. ● Некоторые люди могут не понять, как теперь на меня реагировать. ● Придется вложить много сил в изменение старого негативного убеждения.
Долгосрочные	<ul style="list-style-type: none"> ● Низкая самооценка. ● Депрессия. ● Нехватка близких отношений. ● Одинокие ночи. ● Сложно идти на риск. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Придется идти на риски, а именно — быть готовым потерпеть неудачу.

Проекция во времени

Еще одна, основанная на логике стратегия изменения глубинных убеждений заключается в следующем: предложите клиентам представить, что новая схема уже активирована, — они в будущем уже стали тем человеком, каким хотели бы быть. Воплощать данную стратегию можно по-разному. Проекция во времени может включать в себя проработку новых личных сценариев, например в нарративном ключе (в форме короткого рассказа или повести). Клиенты могут составить список качеств для развития, заметки для самих себя или специальные карточки, с помощью которых напоминать себе, какие схемы они хотят развивать. Обратите внимание: это не карточки с аффирмациями вроде «Каждый день я становлюсь только лучше», а скорее напоминания о целях желаемых изменений со списком конкретных критериев, по которым можно понять, что цель достигнута. Например, клиентка, которая хотела бы улучшить настроение и глубже выражать себя, чтобы в общении с другими людьми стать более приветливым и теплым человеком, может повесить на шкаф напоминание: «Одевайся так, как хочешь себя чувствовать».

Еще один, более мрачный вариант проекции — предложить клиенту представить себя в конце жизни. Каким ему хотелось бы запомниться другим людям? Существуют разные способы формализации данной проекции: написать идеальные мемуары, траурную речь или эпитафию. Конечно, этот прием нужно использовать с особой осторожностью и находить другие альтернативы для клиентов, склонных к ощущению безнадежности или суицидальным мыслям. Тем не менее кому-то данная техника может помочь сосредоточиться на том, что действительно важно в жизни, в том числе при изменении схем. Этот метод также способен стимулировать обсуждение того, что важно для клиентов в самих себе и окружающих, помочь формулировать задания, ориентированные на проживание жизни в соответствии с личными ценностями.

ИНТЕРВЕНЦИИ, ОСНОВАННЫЕ НА ПРИНЯТИИ

Когнитивно-поведенческая терапия в целом ориентирована на перемены, поэтому описанные ранее в данной главе стратегии направлены на поиск и логический анализ информации, способствующей достижению изменений. Однако иногда клиенты отказываются менять схемы; причиной может быть ощущение недостатка энергии, времени и ресурсов либо страх потенциальных последствий, в том числе социальных.

Кто-то просто не верит в возможность или допустимость масштабных изменений. Некоторые клиенты достигают определенных позитивных результатов, их отношение к себе и происходящему улучшается — и они решают прекратить терапию. Поэтому одним из важнейших навыков когнитивно-поведенческого психотерапевта является умение понять, в каких обстоятельствах изменения возможны и когда стоит мотивировать клиента к дальнейшему движению по этому пути, а когда лучше переключиться на осознание и принятие как финальную цель терапии.

Принятие не равно капитуляции; принимающий клиент не отказывается от шанса измениться. Интервенции, основанные на принятии, скорее предполагают взвешенный отказ от изменения схем в конкретный момент времени. Принимать это решение должен сам клиент, ваша задача как терапевта — помочь ему сделать оптимальный выбор, учитывая обстоятельства. Если клиент решит прекратить терапию до достижения существенных изменений схем, можно использовать несколько стратегий:

1. Помогите клиенту определиться с выбором и принять собственное решение на данном отрезке времени. Так вы сохраните за ним право пересмотреть это решение в будущем и снова ступить на путь изменений, а также сформируете у него понимание, что он всегда может вернуться в терапию — к этому вопросу в том числе.
2. Обсудите потенциальные последствия такого решения, особенно в контексте риска рецидива. Теоретически отказ от целенаправленной работы со схемами повышает риск, хотя доказательств этого предположения на данный момент мало. Если клиент решит прекратить психотерапию, перейдите к стратегиям ее завершения, описанным в главе 11.
3. Проведите интервенции, ориентированные на развитие жизнестойкости и снижение вероятности рецидива, даже если клиент откажется менять схемы. В частности, это могут быть следующие интервенции:
 - 1) обучение предсказывать, распознавать и переносить стресс, возникающий в результате неизменных схем. Например, клиент с комплексом жертвы может научиться распознавать паттерны мышления и жертвенного поведения и понимать, когда они способны привести к негативным результатам (например, усилению давления в связи с приближающимися дедлайнами, уменьшению времени на себя, презрительному отношению к другим). Иногда сами действия по прогнозированию напряжения и называнию

паттернов собственного поведения снижают общее напряжение, даже если сам паттерн не модифицирован. Со временем и осознанием со стороны клиента схема может постепенно измениться и без терапии;

- 2) развитие компетенций, позволяющих уменьшить стресс, связанный с негативной схемой. Например, перфекционист с крайне высокими стандартами своими действиями сам вносит вклад в увеличение внутреннего напряжения; развитие социальных навыков и рост активности теоретически могут снизить напряжение, связанное с перфекционизмом;
- 3) развитие компенсаторных стратегий. Янг с коллегами (2003) много писали о компенсации схем, причем рассматривали эти стратегии скорее как негативное явление. Например, избегание связанных со схемами тем они называли дезадаптивным, так как оно, по сути, поддерживает существование схемы. Однако если целью терапевтического воздействия является не изменение схем, а развитие умения справляться с жизнью и с ними, избегание способно иметь и адаптивную функцию. Так, если (в связи с убеждениями в собственной дефектности и чувством стыда) клиента постоянно привлекают женщины, склонные к психологическому насилию, он может предпочесть отказаться от отношений с подобными партнершами. Такое избегание схемы вряд ли приведет к ее изменению, но по крайней мере снизит количество связанных с ней негативных переживаний;
- 4) если вам удалось полностью исследовать паттерны, связанные со схемой клиента, вы должны разбираться и в триггерах или стимулах, которые ее активируют. Следовательно, вы способны помочь клиенту снизить вероятность столкновения с ними. Например, если в прошлом клиентка выбирала прямую конфронтацию с пьющим партнером, что приводило к насилию и самоуничтожению с ее стороны, она может выбрать другую модель поведения — отстраняться от партнера, когда тот пьет. Такое отстранение снизит вероятность взрыва и последующего самоуничтожения;
- 5) запланируйте контрольную сессию. Хотя после первого осознания паттерна клиенты могут отказаться менять схему, это желание может возникнуть у них и через несколько месяцев. Если условия вашей работы позволяют, запланируйте контрольную сессию через полгода — на ней вы напомните клиенту, что, если он готов сделать в терапии следующий шаг, вы готовы ему в этом помочь.

Еще такие сессии помогают закреплять эффективные стратегии, освоенные в ходе психотерапии;

- 6) поработайте в подходе, направленном непосредственно на принятие, например, используйте методы терапии принятия и ответственности (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2012). В последние годы в сфере когнитивно-поведенческой терапии все чаще озвучивается мысль о необходимости принятия негативного опыта как нормальной части жизни (Hayes et al., 2004). С этой точки зрения целью психотерапии является не столько сокращение страданий, сколько осознанность в отношении степени и природы связанных с ними переживаний — и принятие их как нормальной, даже потенциально здоровой реакции на негативную ситуацию. Осознанность и принятие особенно полезны при работе с клиентами, находящимися в хронических состояниях (боли, звон в ушах или остаточные симптомы психического расстройства), ведь некоторые вещи действительно едва ли можно изменить, а значит, такие ожидания нереалистичны. Осознанность и принятие не предполагают, что человек терпит и смиряется с проблемой, достичь их не так просто. Существуют специальные терапевтические программы для развития принятия (Hayes et al., 2004; Segal et al., 2013), используемые в том числе как самостоятельные формы лечения.

Как ни парадоксально, развитие осознанности и принятия способствует достижению изменений. Принято считать, что данный навык необходимо не только осваивать, но и усердно отрабатывать (Kabat-Zinn, 2005). Осознанность требует от клиентов рефлексии собственного опыта проживания различных ситуаций — развития тех самых *метакогнитивных* компетенций (Wells, 2002). Метакогниции собственного опыта могут быть в том числе негативными; в частности, клиенты, оценивающие свой опыт негативно, стараются в дальнейшем его избегать и устранять. Избегание опыта, которое мы обсуждали в главе 7, связывают с ростом показателей психологических нарушений. В то же время принятие отражает нейтральное отношение к негативному опыту: клиенты осознают его, но не сопротивляются ему, не борются с ним. Психотерапевтические направления, основанные на принятии, рекомендуют развивать умение менять точку зрения с помощью разных техник, в том числе внимания к сенсорному опыту, медитации, методов повышения телесной осознанности, практики йоги и обсуждения «отпускания» контроля (Hayes et al., 2004; Kabat-Zinn, 2005; 2013; Segal et al., 2013). Последние попытки интеграции практик йоги и когнитивной

терапии (Basant, 2015) отражают продолжающуюся дискуссию между приверженцами подобных практик.

СЛУЧАЙ СТИВЕНА Р., продолжение

Стивен прошел 15 сессий когнитивно-поведенческой терапии. Во многих сферах, где на момент обращения наблюдались сложности, были заметны улучшения. И сам Стивен, и его психотерапевт считали, что он готов вернуться на работу на полный день. Тем не менее специалист обратила внимание Стивена: до сих пор было очевидно, что некоторые его убеждения не изменились; в частности, он все еще считал успешное возвращение на работу доказательством его ценности как человека и кормильца семьи. Следующие четыре сессии, пока он занимался возвращением на работу (с чем в итоге успешно справился), они с психотерапевтом исследовали основу возникновения и последствия существования этого убеждения. Стало ясно, что Стивен полностью и без сомнений перенял существовавшие в его родительской семье правила относительно работы. Он вспомнил слова отца: «Человека судят по его работе», — и понял, что приравнивал успех к зарабатыванию на жизнь. Стивен также осознал, как часто сравнивал себя с отцом и братом, причем эти сравнения были не в его пользу. В результате он считал себя слабым и некомпетентным. Он также понял, откуда взялись острый стыд и подавленность в ситуации, когда ему пришлось попросить на работе отпуск по состоянию здоровья.

Стивен и психотерапевт обсудили преимущества и недостатки убеждения «человека судят по его работе». У него нашлись и позитивные аспекты; например, оно помогало Стивену трудиться, быть продуктивным членом общества, ощущать ценность работы. Однако у него были и негативные стороны: оно увеличивало риск возникновения тревоги, стыда и депрессии. Стивену удалось провести параллель между своими критическими и саркастическими комментариями по отношению к другим людям (в том числе замечанием, которое он сделал своему психотерапевту) и ощущением разочарования и злости в ситуациях, когда их действия не соответствовали его системе убеждений. Они обсудили возможные преимущества попыток изменить это глубинное убеждение. Стивен сразу понял смысл формирования более широкого спектра ценностей и даже увидел, как сосредоточенность на успехах и показателях работы мешала ему наслаждаться общением с женой и членами семьи. Например, обратил внимание на то, как часто делал упор на учебные успехи детей, а не на социальные отношения и другие важные аспекты детства.

В ходе бесед Стивен сформулировал альтернативное глубинное убеждение, которого ему хотелось бы придерживаться: «Моя ценность определяется разными

сферами моей жизни». И хотя психотерапевт обратила его внимание на потенциальные сложности, которые могут возникнуть в связи с использованием концепции, определяемой какими бы то ни было критериями ценности человека, он настоял на том, что это убеждение достаточно отличалось от старого и что ему хотелось бы работать именно над ним. Стивен взял на себя несколько обязательств, в частности, больше реализовывать себя в роли отца и мужа, даже вызвался быть волонтером на одном из спортивных мероприятий сына, а также старался больше разговаривать с ним о разных делах. Он начал четче разделять рабочее и личное время, реже брал работу на дом. Стивен также предложил жене раз в месяц устраивать «свидания» и распределить домашние дела.

Неожиданные трудности возникли, когда внезапно к нему в гости захотел приехать брат. Стивен пожаловался, что брат знал, «куда надавить», и пользовался этим знанием. Вместе с психотерапевтом они продумали стратегии реагирования на возможные действия брата, которые соответствовали бы новому самоощущению Стивена. В результате встреча с братом, по его мнению, прошла отлично, хотя тот действительно несколько раз сравнивал Стивена с другими. Но если раньше это задевало Стивена, теперь он просто не обращал внимания на подобные выпады и даже жалел брата за то, что тот так рассуждает.

На 19-й сессии Стивен сообщил, что готов закончить терапию. Они со специалистом начали планировать процесс завершения и возможные контрольные сессии.

Глава 11

ЗАВЕРШЕНИЕ ТЕРАПИИ И ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ

Любая психотерапия подходит к финалу, и желательно, чтобы при этом поставленные цели были достигнуты, а состояние клиента существенно улучшилось — по сравнению с тем, что было в начале лечения. Профилактика рецидивов обычно является последней фазой успешной когнитивно-поведенческой терапии, хотя по определению она не может произойти до тех пор, пока не будет достигнута хотя бы частичная ремиссия симптомов. Но как быть с клиентами, чье состояние не улучшается? А если человек бросит терапию или изменения его состояния не будут соответствовать плану? Что, если страховка клиента покрывает всего восемь сессий или вы работаете в условиях, так или иначе ограничивающих длительность курса психотерапии? На результаты, которые получит клиент, влияют разные переменные, спрогнозировать действие каждой из них сложно. В этой главе мы обсудим клинические реалии, касающиеся завершения терапии, в том числе стратегии предотвращения рецидивов.

В идеальном мире люди, прошедшие когнитивно-поведенческую терапию, могут лучше функционировать и меньше страдают, продолжают использовать освоенные в процессе лечения методы и не нуждаются в повторном лечении. Мы часто говорим клиентам, что цель психотерапевта — оставить себя без работы, ведь мы учим их быть психотерапевтами для самих себя. Когнитивно-поведенческий подход предполагает обучение методологии действий относительно желаемых изменений, чтобы в дальнейшем люди могли применять освоенные техники — по мере возникновения трудностей, даже если психотерапия давно закончилась. Читая исследования и учебники, легко поддаться иллюзии, что

завершение лечения и работа над предотвращением рецидивов — простой и легкий процесс. В большинстве описываемых случаев и примеров клиент выздоравливает и, даже при наличии сложностей, в конце концов победу одерживают терапевт и терапия.

Однако в клинической практике к нам обращаются люди со сложными и хроническими проблемами, которые за непродолжительный период времени могут стать менее выраженными, но не разрешатся раз и навсегда: психотерапевт не вправе провести скрининг и отказать человеку с коморбидными состояниями или находящемуся в трудной жизненной ситуации. Практикующие когнитивно-поведенческие специалисты приводят примеры долгосрочной, прерывающейся работы с клиентами, а также ситуаций, когда в ходе психотерапии у них появлялись новые жалобы. Например, клиент может хорошо среагировать на предложенную терапию, а затем вернуться на консультации через несколько месяцев или лет, чтобы обсудить аналогичные или другие сложности. В распоряжении клиентов не всегда есть достаточно времени или денег, чтобы решить все проблемы до конца; иногда возникает необходимость прекратить терапию, временно или навсегда. Специалисты, работающие с клиентами в течение длительного времени, порой сталкиваются с чувством вины или ощущением, что выполняют свою работу некачественно, так как состояние клиентов улучшается медленнее, чем пишут в учебниках; либо клиенты снова и снова приходят за помощью. Кроме того, после установления терапевтического альянса и качественных отношений сотрудничества и вам, и клиенту, вероятно, будет сложно прекратить взаимодействие. В большинстве случаев процесс завершения психотерапии довольно сложный. У многих клиентов сохраняются остаточные симптомы или проблемы; иногда завершать терапию приходится резко, из-за чего нет возможности уделить достаточно времени предотвращению рецидивов. Хотя резкое прекращение лечения иногда происходит по независящим от вас обстоятельствам, терапевт должен позаботиться о том, чтобы клиент получил полноценную помощь, а процесс был завершен качественно и этично. Дэвис и Юнгрен (Davis & Youngren, 2009) рекомендуют завершать терапию, когда становится понятно, что услуги специалиста больше не нужны, едва ли принесут пользу или даже каким-то образом навредят клиенту.

В первой части этой главы мы обсудим разные идеи и концепции, связанные с завершением психотерапии как с клиентами, которые хорошо на нее откликнулись, так и с теми, чьи результаты не совпали с ожиданиями. Во второй части главы мы обсудим вопросы, возникающие после завершения терапии, и предложим практические способы их решения.

А также обсудим системные ограничения терапевтического процесса, подходы и практики предотвращения рецидивов.

КОНЦЕПЦИИ И ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЗАВЕРШЕНИЕМ ПСИХОТЕРАПИИ

Публикации, посвященные исследованию когнитивно-поведенческой терапии, обычно выражают довольно оптимистичный взгляд на терапевтические изменения; исследования результатов терапии данное отношение в целом поддерживают. Тем не менее клиническим специалистам важно помнить, что не всем клиентам удастся достичь улучшений и не все, кто их достиг, получают результат, который их удовлетворяет или позволяет эффективно справляться с жизненными задачами. Клиенты, реагирующие на лечение и входящие в состояние ремиссии, могут оказаться готовы к завершению терапии либо не выразить готовности. Кроме того, примерно один из пяти клиентов завершает психотерапию преждевременно (Davis & Youngren, 2009). Ремиссия, а также показатели реакции на определенные интервенции оцениваются в большинстве клинических исследований (e.g., Dimidjian et al., 2006; Dobson et al., 2008).

В литературе, посвященной рецидивам, используются следующие определения (Bieling & Antony, 2003):

- Ремиссия — полное или частичное снижение симптоматики до степени, когда состояние клиента перестает отвечать диагностическим критериям.
- Выздоровление — ремиссия, длящаяся дольше заранее определенного периода времени (например, шесть месяцев; продолжительность периода зависит от специфики диагноза).
- Отклонение/срыв — краткосрочное, временное или небольшое возвращение симптомов или проблемного поведения.
- Рецидив — повторное проявление симптомов или проблемного поведения после ремиссии, когда состояние клиента снова отвечает диагностическим критериям.
- Повторное проявление — возвращение симптомов или проблемного поведения после выздоровления, в том числе при возникновении нового эпизода.

Описанная терминология используется для диагностируемых расстройств, причем скорее возникающих эпизодически, чем протекающих

в хронической форме. Использование этих терминов представляется более эффективным при работе с диагностируемыми психическими расстройствами, а не жизненными сложностями, которые влияют на снижение качества жизни (например, низкая самооценка, недостаточно развитые коммуникативные навыки или трудности в супружеской жизни). Не существует стандартизированных методов оценки ремиссии или восстановления (выздоровления) после недиагностируемых проблем. Кроме того, измерять улучшения намного сложнее, когда фокус терапевтического воздействия направлен на существовавшие длительное время поведенческие или межличностные паттерны либо глубинные схемы. Следовательно, интервенции, направленные на *предотвращение рецидивов*, касаются в первую очередь эпизодов психических расстройств или случаев, когда целью лечения является устранение проблемы, а не развитие навыков, получение новых знаний или общее улучшение функционирования человека.

Некоторые клиенты просят продолжить терапию, даже когда симптомы психического расстройства устранены, особенно если в их жизни есть другие проблемы, способные стать причиной возвращения симптомов или неудовлетворенности жизнью в будущем. Действительно, работа над существовавшими длительное время проблемами может вестись успешнее, когда клиенту не приходится справляться с острой симптоматикой и он в целом чувствует себя спокойнее, ему проще сосредоточиться на сторонних жалобах.

Рассмотрим для примера стратегию работы с клиентом, который жалуется на панические атаки, злоупотребление анксиолитиками и напряжение в отношениях. Когнитивно-поведенческие интервенции, направленные на предотвращение рецидивов, способны снизить количество панических атак и даже устранить их, а также помочь справиться со злоупотреблением препаратами. Предположим, такого пациента уже не пугает возвращение этих состояний, однако он продолжает жить в стрессогенной домашней среде, не сильно изменившейся с момента первого обращения к психотерапевту. Полноценное решение данных проблем может входить в интересы клиента. В этом контексте необходимо подчеркнуть важность выбора подходящего времени для осуществления той или иной интервенции. Нужно отдавать себе отчет в том, что большинство людей обращаются за помощью, находясь в особенно тяжелом положении, в состоянии сильного дистресса. Это состояние само по себе способно осложнять решение текущих проблем, хотя оно, в свою очередь, позволило бы существенно снизить напряжение в будущем.

На действия когнитивно-поведенческих психотерапевтов влияют не только исследования и публикации по определенной теме, но и другие концепции, модели и системы, в которых ведется практика. Как мы говорили выше, потенциал психотерапии в литературе в целом оценивается позитивно, но на работу специалистов могут оказывать влияние и другие распространенные убеждения, модели лечения и традиционной практики. На конкретные действия специалиста влияют и негативные убеждения о возможных изменениях, которые зачастую распространены в учреждениях здравоохранения, например в организациях, обслуживающих пациентов с тяжелыми и хроническими симптомами. Порой в таких учреждениях принято использовать термин «психическое заболевание», а не «психическое расстройство». В среде, где работа сосредоточена на биологических аспектах вопроса, некоторые расстройства скорее будут восприниматься как хронические проблемы, с которыми больному предстоит справляться на протяжении жизни. Вполне вероятно, что подобные убеждения повлияли и на вашего клиента, а значит, их тоже необходимо проработать в психотерапии. Важно проговорить с клиентами, что в большинстве случаев когнитивно-поведенческая терапия ориентирована на достаточно краткосрочное взаимодействие, приводящее к долгосрочным изменениям. Обычно мы рекомендуем использовать в таких беседах соответствующую этим взглядам терминологию: «расстройство», «симптом», «проблема» вместо «заболевание» или «болезнь». Ведь последние формулировки подразумевают скорее отношение к состоянию клиента как к чему-то хроническому и делают упор на биологический аспект проблем с психическим здоровьем.

Два термина, изначально возникших в психодинамической терапии, сегодня часто используют специалисты, работающие в разных системах с разной теоретической подготовкой, — это *зависимость* и *прекращение*. Данные термины оказывают сильное влияние на практику и на то, как психотерапевты воспринимают проблемы клиента. Его *зависимость* от специалиста или терапии обычно воспринимается как негативное или патологическое явление, демонстрирующее неспособность клиента формировать здоровые отношения в обычной жизни. Так как в западном обществе независимость в принципе оценивается очень высоко, ее зачастую упоминают в качестве цели — психотерапевтической или жизненной. Тем не менее клиенты иногда настаивают на более длительном терапевтическом взаимодействии, так как недостаточно восстановились либо не уверены, что справятся самостоятельно. Психотерапевту может быть сложно отличить чрезмерную зависимость, связанную с межличностными проблемами, от зависимости, обусловленной состоянием дистресса

или искренней боязнью рецидива. Очевидно, нам иногда приходится работать с клиентами, чье состояние отвечает критериям зависимого расстройства личности, требующего дополнительных интервенций. Однако в силу негативных убеждений о зависимости, существующих на уровне конкретных систем или культуры в целом, и психотерапевтам, и клиентам бывает сложно решать данный вопрос.

Хотя мы советуем не делать поспешных выводов о зависимости клиента, его попытки слишком полагаться на психотерапевта могут оказаться плохим прогностическим признаком. Так, некоторые люди не приписывают происходящие изменения собственным усилиям или сталкиваются с трудностями в процессе обобщения обсуждаемых принципов на ситуации за пределами терапевтических сессий. Они могут сомневаться, что сумеют сохранить достигнутые улучшения после завершения лечения. И пусть сложно предсказать, у какого клиента при отсутствии взаимодействия со специалистом действительно возникнут проблемы, некоторые аспекты этого взаимодействия способны помочь в принятии более подходящих терапевтических решений. В табл. 11.1 представлены способы выявления зависимости в когнитивно-поведенческой терапии и работы с ней.

Таблица 11.1. Стратегии выявления проблем с зависимым поведением клиентов и их проработки

1. Мотивируйте клиентов брать ответственность за ход терапии. Пусть они сами формулируют домашнее задание и прописывают план работы по предотвращению рецидивов. Убедитесь, что клиенты осознают свою долю ответственности за терапевтический процесс. Так, некоторые люди перекалывают на других обязанности по бронированию сессий и просят кого-то привозить их на консультацию. Прорабатывайте такие действия на терапии, используя пошаговую экспозицию и методы управления состояниями, близкими к срыву.
2. Многие клиенты приписывают успехи терапии сторонним влияниям: усилиям специалиста, медикаментам или изменениям среды. Таким людям необходимо регулярно напоминать, что к изменениям привели их собственные усилия, в том числе решение пойти на терапию, принимать медикаменты, терпеть побочные эффекты, выполнять домашние задания и совершать иногда действительно сложные действия в ходе лечения. Полезной для клиента практикой может стать составление списка всех выполненных за время терапии заданий, а также перечисление идей и стратегий, предложенных ими самими.
3. Не забывайте, что в вашем кабинете могут оказаться и клиенты со склонностью к зависимому поведению, поиску поддержки и утешения (см. табл. 7.2). Такое поведение особенно свойственно тревожным и неуверенным в себе людям. Иногда полезно обозначить эту склонность в концептуализации и работать над ее снижением.
4. В общем и целом, чем выше склонность клиента к зависимому поведению, тем важнее передавать ему управление терапевтическим процессом. Например, он может при-

- нимать решения о структуре сессий, содержании домашних заданий и планировании, связанном с рецидивами. Сюда же можно отнести изучение способов разрешения кризисных ситуаций и других проблем без обращения к специалисту. Если клиенты научатся справляться со сложностями сами, их уверенность в собственных силах вырастет.
- Используйте дополнительные ресурсы, кроме индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии. В идеале клиенты должны полагаться на разные источники помощи, в том числе относительно независимые от системы здравоохранения. К ним могут относиться службы поддержки персонала в компаниях, организации для проведения досуга или психотерапия в других модельностях (например, групповая или семейная). Обращение к подобным источникам помощи позволит клиентам научиться использовать доступные социальные ресурсы и меньше зависеть от одного специалиста и психотерапии.
 - Постепенно «отдаляйте» клиентов от терапии, снижая частоту сессий, а также меняя форму их организации. Если клиент сильно тревожится из-за прекращения сессий, предложите рассматривать это как эксперимент на проверку его способности действовать независимо. Назначьте контрольную сессию для оценки результатов данного эксперимента. В качестве вспомогательного инструмента можете использовать короткие проверки в формате телефонных звонков или электронных писем. Пережить снижение частоты сессий многим клиентам намного легче, если у них сформировано понимание, «что делать, если вдруг...» — в том числе есть номера телефонов служб кризисной помощи, контакты на случай ЧП и план интервенции при возникновении кризиса.
 - Договоритесь сделать временный перерыв в лечении, после которого клиент сможет посетить контрольную сессию и оценить свои успехи в означенный период. Лучше рекомендовать ему в течение перерыва не обращаться за другими формами лечения, так как цель временного прекращения терапии — проведение эксперимента на независимость. Можно назвать этот период «отпуском от терапии».
 - Пусть каждый остается при своем мнении. Если вы считаете, что пришло время завершать терапию, а клиент с вами не согласен, так и скажите. Если вам кажется, что дальнейшее взаимодействие может не только не принести пользы, но и негативно повлиять на состояние клиента, усилить его зависимость, честно выразите свои опасения, помогите ему уйти. В некоторых случаях уместно направить клиента к другим помогающим специалистам или в общественную группу поддержки.
-

Одна из авторов этой книги (Д. Д.) работала с клиенткой по имени Марика — одинокой женщиной в возрасте 31 года, которая демонстрировала продолжительные серьезные депрессивные симптомы и искренне боялась, что не сможет с этим справиться. До того как у Марики началась депрессия, она работала преподавателем в старшей школе и хотела поступить в магистратуру. На момент начала лечения она взяла на работе длительный отпуск, не подала документы ни на какие образовательные программы и не могла выполнять дела по дому. К психотерапевту ее направила больница, где она ранее лечилась от депрессии.

Вероятность возникновения зависимости была отмечена уже в направлении из больницы. Лечение медленно действовало на симптомы Марики, она постоянно искала поддержки и спрашивала у врачей: «Как вы думаете, мне станет легче?» и «Что будет со мной без терапии?»

Из-за суицидальной идеации и острого дистресса женщина изначально приходила на консультации дважды в неделю. Родители Марики очень переживали из-за, что она может заняться самоповреждением и что лечение долго не дает результатов.

Постепенно состояние Марики улучшилось, количество сессий сократили до одной встречи в неделю. Женщина пережила несколько срывов и остро реагировала на любые стрессовые ситуации или угрозу регулярности сессий (например, отпуск психотерапевта). Длилась ее терапия очень долго (более 30 сессий), самоэффективность тоже формировалась дольше обычного. Специалист думала, как клиентка среагирует на завершение лечения, и задавалась вопросом, нет ли у Марики зависимого расстройства личности. Однако по мере исчезновения депрессивной симптоматики личность Марики стала раскрываться с новой стороны. Постепенно клиентка стала демонстрировать уверенность в улучшениях и способность сохранить достигнутые результаты. И хотя она все равно старалась получить от специалиста поддержку и утешение, активно участвовала в сессиях, шутила и выражала стремление жить дальше. Ближе к завершению терапии Марика сумела обнаружить в себе склонность к поиску поддержки и утешения и освоила навыки самопомощи. То, что изначально выглядело как симптомы зависимого расстройства, на самом деле было лишь отражением острых переживаний клиентки и ощущения крайней уязвимости.

В психодинамической терапии финальная фаза лечения называется прекращением/прерыванием, которое происходит после вовлечения и переработки переноса с терапевтом (Ellman, 2008). Успешное прекращение терапевтических отношений — необходимый шаг к завершению психотерапии. Эта концепция не очень хорошо транслируется в КПТ, хотя сам термин используют в разных условиях и по отношению к разным типам терапии (например, O'Donohue & Cucciare, 2008). В тексте этой книги мы не используем понятие «прекращение», так как считаем формулировку «завершение терапии» (достижение поставленных целей и решение проблем) более подходящей для КПТ-контекста. В идеале терапия должна заканчиваться по достижении изначально поставленных целей. Однако завершение бывает временным, так как в будущем могут возникнуть другие проблемы или симптомы, клиенту снова может потребоваться помощь специалиста. На наш взгляд, прекращение не является целью терапии; цель — разрешение проблем клиента, которые привели его на прием к терапевту. Завершение терапии естественным образом следует за решением проблемы.

Периодически контрольные сессии часто используют ближе к завершению лечения, особенно в случаях, когда клиентам нужно отработать

какие-либо стратегии независимо от терапевта. Так, если изначально вы встречаетесь с клиентом раз в неделю, далее сессии можно назначать два раза в месяц, потом — один или даже раз в сезон либо два раза в год. Данный подход к терапии позволяет развивать независимость клиента, не прибегая к полному завершению терапии, и может на длительное время растянуть терапевтический процесс. В некоторых условиях использование такой практики не одобряется и воспринимается скорее как поощрение зависимости от специалиста или психотерапии. Где-то организовать такой прием просто невозможно: система, в которой работает специалист, иногда не подразумевает поддерживающую терапию или ограничивает сроки лечения. Страховой полис клиента не всегда включает в себя поддерживающие сессии. Как говорилось выше, осуждающее отношение к зависимости клиента и возникающее в результате давление, связанное с прекращением терапии, может существенно влиять на междисциплинарные команды специалистов с разной подготовкой — особенно на тех из них, кто не знаком с концепциями когнитивно-поведенческой теории. Мы рекомендуем читателям этой книги сформулировать, что они думают о прекращении и процессе завершения терапии, чтобы понять, насколько их собственные убеждения совместимы с идеей поддерживающих сессий.

Для когнитивно-поведенческих специалистов крайне важно, чтобы клиенты обобщали изменения, пережитые в психотерапии, самостоятельно оттачивали навыки и вносили свой вклад в процесс изменений. Однако зачастую нереально ждать от клиентов с хроническими психическими проблемами прекращения терапии *раз и навсегда* после 10–20 сессий, сосредоточенных на конкретных сложностях. Вы наверняка заметите, что многие обращающиеся к вам клиенты уже когда-то проходили психологическую оценку и пробовали разные интервенции. Многие из них помогали на какое-то время, но проблемы или новые стрессоры возникли снова. Это не значит, что лечение, пройденное клиентом ранее, не было успешным. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) недавно завершила работу с клиенткой, которая за семь лет до того обращалась за лечением от депрессии и хронической боли в спине. Тогда она прекратила терапию спустя 10 сессий, потому что собиралась обратиться к гипнотерапевту по поводу болей. Хотя на тот момент у нее наблюдались улучшения настроения и повседневного функционирования, судить, к какому результату она пришла после прекращения сессий, было сложно. И вот когда клиентка вернулась к специалисту спустя годы, выяснилось, что другую терапию она не проходила и в целом хорошо справлялась все это время. Теперь же она переживала повторный эпизод депрессии,

вызванный иными проблемами. Клиентка говорила, что результаты предыдущего обращения к психотерапевту ее полностью удовлетворили, и она до сих пор помнила то, чему тогда научилась.

Одним из факторов, оказывающих существенное влияние на планирование терапии, но никак не отраженным в исследованиях, являются условия работы и система, в которой специалист ведет практику. Объем возможной терапии, определяемый административно в организации, в которой вы работаете, может влиять на продолжительность лечения примерно в той же степени, что проблема и предпочтения клиента. Поэтому мы считаем, что системы поддержки психического здоровья сильно выиграли бы от использования другой модели завершения терапии. Например, мало кого беспокоит возможная зависимость от услуг стоматолога или семейного врача; более того, пациентам рекомендуется дважды в год посещать дантиста и раз в год — терапевта, для профилактики! Мы считаем, что аналогичные поддерживающие или посвященные психологической оценке сессии с соответствующими специалистами позволили бы людям качественнее заботиться о своем психическом здоровье. А задача организации таких сессий стоит именно перед системами здравоохранения. И хотя подобная практика до сих пор нигде не используется в качестве превентивной меры, она могла бы стать важным дополнением в списке доступных населению мер психологической профилактики (особенно для уязвимых социальных групп или людей, находящихся в группе риска).

ЗАВЕРШЕНИЕ ТЕРАПИИ

Пора перейти к практическим аспектам завершения терапевтического процесса, после чего мы разберем варианты работы над предотвращением рецидивов. Обсудим терапевтические руководства, разработанные по результатам исследований, а также способы организации поддерживающей терапии. Наконец, в конце главы мы разберем ряд несоответствий подходов, практикуемых в организациях здравоохранения, а также наиболее эффективные подходы к осуществлению психотерапии.

В контексте нашего обсуждения важно различать две модели практики — семейную и в специализированных клиниках. *Семейная практика* предполагает, что клиенты могут получить доступ к лечению без специального направления и обращаться к одному специалисту с разными проблемами, возникающими в разные периоды жизни. Клиент вправе обратиться за лечением определенного расстройства, затем пропасть не несколько лет и снова обратиться, уже с другим вопросом.

Такой формат оказания услуг закрепляет за человеком возможность связаться с клиникой или специалистом при возникновении вопросов о собственном здоровье или состоянии членов семьи. Клиенты могут по собственному желанию записаться на консультацию в случае кризисной ситуации, по поводу проживания сложных эмоциональных реакций, проблем в отношениях и другого. Термин *семейная практика* в данном случае используется потому, что когнитивно-поведенческий психотерапевт выступает в роли врача общей практики, как и семейный врач. Такая модель отлично подходит для ведения частной практики, работы в общественных психиатрических клиниках и некоторых амбулаторных организациях. Иногда шанс обратиться к семейному специалисту предоставляется в виде бонуса при устройстве на работу. Если такой специалист сталкивается с проблемой, выходящей за рамки его компетенций или спектра услуг его клиники, он может перенаправить клиента.

Специализированные клиники обычно работают с определенным расстройством или группой расстройств, в определенной модальности, чаще располагаются при больницах, а также амбулаторных, исследовательских и университетских клиниках. В качестве примера можно назвать клиники, специализирующиеся на раннем лечении психозов, диалектической поведенческой терапии, тревожных расстройств и биполярном расстройстве, а также лечении зависимостей. Специализация клиники определяется через расстройство, лечением которого там занимаются (например, расстройства пищевого поведения), либо по типу предлагаемых интервенций (например, когнитивной терапии, основанной на осознанности). Доступность подобных клиник сильно варьируется в зависимости от региона. Попасть на лечение в такое заведение обычно можно только по назначению. Ресурсы подобных организаций могут быть ограничены, лечение — проводится по определенным протоколам (например, как в исследовательских клиниках). В таких условиях психотерапевтам сложно организовать встречи с клиентами по завершении терапии, так как дальнейшее наблюдение и лечение осуществляют в основном учреждения здравоохранения. Чтобы специализированная клиника могла принять новых клиентов, нужно сначала выписать старых. Поэтому поддерживающая терапия или возвращение к лечению представляют некоторую сложность. Чаще рекомендации по наблюдению за пациентом передаются основному лечащему врачу, и задача помощи клиенту в поддержании результатов ложится на плечи другого специалиста. В некоторых организациях когнитивно-поведенческая психотерапия предлагается как дополнительная услуга, тогда как получить общее психологическое консультирование

гораздо проще. Проблемы с психическим здоровьем в последнее время передаются все большей огласке, спрос на психотерапевтические услуги растет, как и очереди в некоторых учреждениях. Чтобы сделать психологическую помощь доступнее, в некоторых системах здравоохранения дополнительные краткосрочные психотерапевтические услуги могут предлагать непосредственно участковые терапевты.

Сколько должна длиться терапия

Когнитивно-поведенческая терапия предполагает относительно краткосрочное взаимодействие с клиентом, обычно от 6 до 20 сессий для работы с эпизодами большинства психических расстройств. В клинических исследованиях КПТ депрессии лечение, как правило, ведется на протяжении 16–20 сессий. Терапия большинства тревожных расстройств длится 8–12 сессий, причем изолированные фобии или кризисы могут нивелироваться за более короткое время, а терапия злоупотребления ПАВ обычно занимает 20–25 сессий. С другой стороны, большинство руководств по лечению клиентов с коморбидными состояниями и существенными межличностными проблемами рекомендует более продолжительную и интенсивную терапию (Whisman, 2008). Конечно, каждый клиент уникален, клинические специалисты работают с очень разными сочетаниями жалоб и обстоятельств. Индивидуальный план терапии может включать в себя проведение нескольких сессий в неделю или введение иных дополнительных компонентов. Например, ДБТ пограничного расстройства личности обычно предполагает группы развития навыков и индивидуальную терапию на протяжении минимум года (Linehan, 2015). Суицидальные клиенты, которые не справляются с жизненными задачами и находятся в состоянии острого дистресса, могут быть направлены на стационарное лечение или программы дневного пребывания в больнице, а также получить поддерживающее амбулаторное лечение постфактум.

Проблемы многих клиентов могут возникать снова и снова или переходить в хроническую форму, особенно если они должным образом не лечатся. Хронические симптомы наблюдаются у 10–20 % людей с депрессией (Bockting et al., 2005). Особо тяжелые или повторяющиеся эпизоды депрессии увеличивают риск рецидивов в дальнейшем. Даже после завершения лечения 30 % участников одного исследования когнитивно-поведенческой психотерапии панического расстройства и агорафобии не отвечали критериям «высокой функциональности

на момент завершения лечения» (D. M. Clark et al., 1994). По разным оценкам, клинические улучшения после терапии генерализованного тревожного расстройства наблюдаются в 38–63 % случаев (Waters & Craske, 2005). Существуют также состояния с особенно высокой статистикой рецидивов. К ним относятся, например, злоупотребление ПАВ или расстройства пищевого поведения (McFarlane, Carter, & Olmstead, 2005; Rotgers & Sharp, 2005), при работе с которыми достичь терапевтических успехов чрезвычайно сложно. Остаточные симптомы сохраняются у многих клиентов даже после завершения *успешной* терапии, а данных о происходящем с клиентами более чем через два года после завершения терапии очень мало. При работе с некоторыми расстройствами, в частности с депрессией, остаточные симптомы могут считаться предикторами рецидивов в будущем (Rowa, Bieling, & Segal, 2005). Обычно чем тяжелее проблемы клиента и чем более они хронические, тем выше вероятность рецидива. Следовательно, было бы нереалистично ждать, что краткий курс когнитивно-поведенческой терапии позволит всем достичь долгосрочного восстановления. Свифт и Гринберг (Swift & Greenberg, 2012) пишут: согласно публикациям исследований дозировки/эффектов, можно заключить, что 50 % клиентов нужно около 18 сессий для достижения клинически значимых и объективно измеримых изменений. Крайне полезным является наличие возможности по завершении терапии обращаться к специалисту повторно, в чем явное преимущество модели семейной практики. Кроме того, клиентам, которые не достигают восстановления, после прохождения курса КПТ обычно требуется дополнительная поддержка, более интенсивный формат помощи или другой тип лечения.

Есть и более оптимистичная информация: некоторые исследования показывают, что, по сравнению с обычным или медикаментозным лечением, прохождение когнитивно-поведенческой терапии связано с более низкими показателями рецидивов (Hollon, Stewart, & Strunk, 2006). В проведенном недавно исследовании показателей рецидивов среди пациентов, успешно завершивших терапию депрессии, около трети тех, кто прошел поведенческую активацию или когнитивную терапию, столкнулись с рецидивами на протяжении следующих двух лет. После медикаментозной терапии рецидивы случились примерно у трех четвертей клиентов (Dobson et al., 2008). В еще одном недавнем исследовании (Strunk et al., 2007) обнаружилось, что уровень развития приобретаемых в когнитивной терапии компетенций и их самостоятельного использования был связан со снижением риска рецидивов в выборке клиентов с депрессией (от умеренной до тяжелой). Все они

успешно завершили лечение и прошли контроль через год. Причем связь между снижением риска рецидива была обнаружена не только у людей, прошедших когнитивную терапию, но и у тех, кто уверенно применял освоенные стратегии. Эти результаты говорят в пользу того, что фактором улучшения состояния клиентов является именно использование предложенных стратегий, а не иные переменные.

Существуют интервенции, направленные непосредственно на работу с рецидивами, а также другие меры воздействия, существенно улучшающие долгосрочные результаты. В качестве профилактики, особенно при работе с депрессией, может эффективно использоваться групповая когнитивная терапия (Bockting et al., 2005); когнитивная терапия, основанная на осознанности (Ma & Teasdale, 2004; Teasdale et al., 2000); когнитивная терапия для продолжающих и контрольные сессии. Когнитивная терапия, основанная на осознанности, может быть особенно полезна для клиентов, которые неоднократно переживали депрессивные эпизоды. Клиенты, прошедшие когнитивную терапию депрессии, также могут быть направлены на программу медитации осознанности. Успешно завершившие терапию тревожные клиенты обычно демонстрируют улучшения и в дальнейшем, причем показатели рецидивов могут быть относительно низкими (Dugas, Radomsky, & Brillon, 2004). Избегание и сложности в генерализации поведенческих изменений являются предикторами рецидивов социальной тревожности (Ledley & Heimberg, 2005) и, как следствие, должны быть проработаны в ходе терапии.

В общем и целом мы рекомендуем клиническим специалистам предпринимать следующие меры для предотвращения рецидивов:

- Встраивайте меры, ориентированные на предотвращение рецидивов, в терапевтический процесс.
- По возможности стремитесь к полному, а не частичному решению проблем клиента.
- Старайтесь устранять любые остаточные симптомы.
- Старайтесь минимизировать или устранять паттерны избегания при работе с любыми расстройствами или проблемами.
- Активно поощряйте генерализацию изменений.
- Стремитесь к достижению изменений в разных модальностях, в том числе поведенческой, когнитивной, эмоциональной и социальной.
- Помогите клиенту оценить его вклад в происходящие изменения.
- После выздоровления клиента постепенно снижайте частоту сессий, стремясь к достижению его полной независимости от терапии.

- На этапе предотвращения рецидивов по мере надобности используйте контрольные сессии.
- Применяйте когнитивно-поведенческую терапию в периоды, когда клиент перестает принимать медикаменты.
- По завершении психотерапии подумайте, не направить ли клиента в группу поддержки или группу изучения практик осознанности.
- Будьте реалистами!

Более тяжелые проблемы предполагают более продолжительную терапию. Некоторые из них (например, психотические или личностные расстройства) могут требовать поддерживающей терапии на протяжении длительного периода времени. При работе с клиентами, которым необходимо долгосрочное взаимодействие со специалистом, частота сессий может варьироваться в зависимости от их потребностей и тяжести состояния.

Клинические реалии и оптимальное лечение

Не существует идеальных систем здравоохранения или финансирования. Бесконечных средств на спонсирование работы с психическими проблемами нет ни у организаций, ни у клиентов. У многих страховка не покрывает даже оплату рекомендуемого для их проблемы количества сессий. Денег может хватать буквально на несколько встреч. Вероятно, вам придется писать заявления в адрес третьих лиц на получение или продление финансирования. Даже у клиентов, которые очевидно все еще нуждаются в помощи и готовы продолжить, может не оказаться средств. И хотя когнитивно-поведенческая терапия предполагает относительно краткосрочное взаимодействие, финансовые ограничения влияют на работу специалистов в самых разных организациях и системах. Кнокс с коллегами (Кнокс et al., 2011) обнаружили, что частой причиной завершения психотерапии являются финансовые или логистические ограничения. Авторы отметили, что для некоторых клиентов завершение терапии связано с достижением поставленных целей, однако было бы нереалистично полагать, что иные причины не играют никакой роли в этом вопросе. Иногда клиентам приходится выбирать между психотерапией и обеспечением своих бытовых нужд. Вероятно, вы окажетесь в положении, когда не сможете дать клиенту ничего, кроме основ когнитивно-поведенческой терапии. С другой стороны, ограничения в доступном количестве сессий помогают и клиенту,

и терапевту работать эффективнее. Старайтесь вынести максимум из взаимодействия, доступного в рамках условий работы с конкретным клиентом. В табл. 11.2 собраны рекомендации, касающиеся оптимального использования ограниченных ресурсов, а в табл. 11.3 дан список подсказок о завершении терапии.

Таблица 11.2. Как вынести максимум из терапии, если ресурсы ограничены

1. Будьте честны с клиентами. Если условия получения помощи предполагают ограничение количества сессий, тщательно обдумывайте, чем заполнить отведенное вам время.
 2. Проводите сессии с умом, всегда применяя структуру когнитивно-поведенческой терапии. Определяйте повестку дня и придерживайтесь ее.
 3. Ставьте реалистичные цели, которых можно достигнуть, учитывая доступные ресурсы. Подробнее о целеполагании мы говорили в главе 4. Определение конкретных целей и их достижение может оказаться для клиентов очень полезным. Они должны научиться применять предлагаемые методы к разным проблемам в своей жизни.
 4. Если проблемы клиента нельзя назвать острыми, подумайте о том, чтобы использовать менее ресурсозатратные интервенции: библиотерапию, интернет-сайты или психообразовательные группы (если возможно).
 5. Планируйте менее длительные или более редкие встречи (если возможно) при работе с вашими клиентами. Часто страховые полисы предполагают посещение определенного количества сессий или часов психотерапии в год, и каждый год это число обнуляется. Год необязательно календарный — может иметься в виду конец финансового года.
 6. Проверьте, какая именно помощь покрывается страховкой клиента, потому что категоризироваться она может по-разному: в зависимости от индивидуальных условий клиента или его диагноза. Некоторые страховые планы покрывают шесть терапевтических сессий в год *на решение одной проблемы*, а другие дают возможность получить восемь часов личной терапии и такое же количество часов для каждого члена семьи.
 7. Если финансовые ограничения не позволят клиенту получить помощь, которая ему необходима в силу его состояния, изучите другие возможности уже после первой или второй встречи. Постоянно обновляйте для себя информацию об иных доступных источниках помощи.
 8. По возможности используйте групповые формы когнитивно-поведенческой терапии. Группы изучения основных компонентов КПТ — эффективный и экономичный инструмент психотерапевтической работы. Если поблизости таких групп не существует, подумайте о том, чтобы создать нечто подобное самостоятельно.
-

Цели психотерапии с точки зрения *клиента, терапевта и системы* порой отличаются.

Клиент, безусловно, сосредоточен на снижении симптоматики, устранении страданий, достижении большей удовлетворенности и улучшении качества жизни. Обычно люди обращаются к психотерапевту, желая почувствовать себя лучше, а не избавиться от расстройства.

Таблица 11.3. Подсказки о завершении терапии

1. Начинайте подготовку к завершению терапии с момента ее начала.
 2. Прописывайте планы по завершению терапии в концептуализации, в том числе предполагаемые сложности.
 3. Ставьте реалистичные цели — отслеживайте собственные ожидания от клиентов. Многие клиенты не рассчитывают, что проблемы, подтолкнувшие их обратиться к вам, будут решены по завершении терапии, но такие ожидания могут быть у психотерапевтов.
 4. Активно планируйте завершение терапии в ходе лечения — периодически напоминайте клиентам о необходимости переоценивать поставленные цели.
 5. Относитесь к завершению терапии как к процессу, а не отдельному событию.
 6. Планируйте включение в терапию фазы предотвращения рецидивов.
 7. Прогнозируйте проблемы, которые могут возникнуть, и планируйте способы их устранения.
 8. Постепенно работайте над тем, чтобы клиент меньше полагался на вас как на терапевта в процессе работы.
 9. Не упускайте из виду терапевтические отношения и используйте их на протяжении всего взаимодействия с клиентом, в том числе приближаясь к завершению терапии.
 10. Периодически оценивайте состояние клиента, давайте ему обратную связь.
-

Цели терапевта в целом отражают цели клиента, но зачастую включают в себя также достижение ремиссии и выздоровление клиента. Безусловно, клинические специалисты ощущают удовлетворение, видя существенные улучшения в состоянии клиентов по завершении терапии и получая возможность написать в отчете вердикт «ремиссия». Удовлетворение клиента терапевтическим процессом и позитивные отзывы о полученном лечении для практикующих специалистов тоже важны. Однако психотерапевты стремятся и скорректировать более глубокие или причинные процессы, связанные с исходной проблемой. В контексте когнитивно-поведенческой терапии к таким целям может относиться выявление и модификация дисфункциональных глубинных убеждений и схем (см. главу 10).

Под системой мы понимаем клинику, медицинский центр или более крупные организации здравоохранения, например медицинского обслуживания, а также госпитали и региональные системы здравоохранения. Обычно цели подобных структур ориентированы скорее на население в целом, чем на отдельных граждан. Следовательно, они стремятся оценить состояние и добиться улучшений для максимально большого количества людей с наименьшими затратами (в качестве показателей могут использоваться, например, число госпитализаций и продолжительность пребывания в медицинском учреждении). Безусловно, улучшение

состояния клиентов важно и для систем здравоохранения, но в той же степени важна и их удовлетворенность оказанными услугами. Системы, в которых регулярно используются опросники для оценки удовлетворенности клиентов, часто по ошибке приравнивают ее к достигнутым улучшениям, хотя для клиентов эти показатели редко коррелируют между собой (Pekarik & Wolff, 1996; тем не менее в данном исследовании была выявлена умеренная корреляция между оценкой результатов клиническим специалистом и удовлетворенностью клиентов).

Также крайне важно помнить, что некоторые клиенты не достигнут ремиссии, даже пройдя оптимальную когнитивно-поведенческую терапию. Если в условиях тщательно подготовленных рандомизированных клинических испытаний, в выборку которых попадают только испытуемые, не отвечающие критериям исключения, лишь две трети участников достигают ремиссии, вероятно, процент успеха психотерапии в реальных условиях будет еще ниже. Более того, большинство клиентов скорее всего, в будущем попав в определенные жизненные обстоятельства, столкнутся со срывами и возвращением в аналогичные состояния. Кому-то из них удастся преодолеть лишь часть своих сложностей, а многие актуальные проблемы наверняка окажутся за пределами их контроля. Такие клиенты могут к вам вернуться; скорее всего, повторное обращение будет значить, что они доверяют вам и чувствуют себя комфортно, обращаясь за помощью.

Принятие решения о прекращении терапии

Концептуализация клинического случая направляет любой терапевтический процесс к завершению, но каждый специалист подходит к решению этой задачи по-своему. Мудро начинать обсуждение продолжительности терапии и процесса ее завершения на начальных этапах, даже когда делать такие предсказания сложно. Если взаимодействие с отдельным клиентом ограничено по времени в силу внешних обстоятельств, обсуждение завершения терапии может быть более чем прямолинейным: когда в вашем распоряжении восемь сессий, вы можете сразу сообщить об этом клиенту. Более того, в дальнейшем следует учитывать данное ограничение в концептуализации: вероятно, придется сосредоточиться на более актуальных проблемах, а менее острые отложить. Регулярно напоминайте клиенту о том, сколько сессий у вас осталось. Проведение ограниченных по времени групповых терапевтических программ тоже связано с довольно прямым процессом завершения: после того как

определенный протокол реализован или клиенты посетили максимально допустимое количество встреч, важно провести контрольную оценку их состояния и перенаправить на лечение тех, кому не удалось достичь необходимых улучшений.

Можно руководствоваться следующими критериями завершения терапии (их выбор зависит от условий вашей работы, предпочтений клиента и вашего клинического выбора):

- *Завершить терапию после разрешения кризиса или проблемы, которая привела клиента на консультацию.* Многие люди обращаются за психологической помощью, оказавшись в сложной ситуации или переходном периоде, а не потому, что у них есть некое, поддающееся диагностированию состояние. Например, люди могут нуждаться в помощи при совершении важных изменений в жизни или переживании разрыва отношений. Если у клиента нет серьезного психологического расстройства (иногда даже если оно есть), кризис может довольно быстро разрешиться при минимальном терапевтическом вмешательстве. Помочь человеку посмотреть на происходящее в перспективе, начать решать проблемы, научиться встречаться с ними, а не избегать — этого можно добиться буквально за несколько сессий когнитивно-поведенческой терапии. Тем не менее в некоторых случаях очевидно, что возможно повторение кризисной ситуации, если клиент не изменит другие аспекты жизни. Свифт и Гринберг (Swift & Greenberg, 2012) обнаружили, что результаты лечения у тех, кто преждевременно закончил терапию, обычно слабее. Если к вам обратится такой клиент, вероятно, имеет смысл предложить ему посвятить немного времени (одну-две встречи) предотвращению рецидивов, в ходе которого вы сможете сосредоточиться на обсуждении способов преодоления возможных проблем в будущем. Объясняя, почему вы предлагаете использовать такую меру, будьте искренними. Вероятно, для разрешения кризиса понадобится совсем короткая интервенция. В некоторых случаях клиенты решают прекратить психотерапию, даже если специалист не советует так поступать; особенно часто это происходит после того, как кризисная ситуация разрешается и клиент начинает чувствовать себя лучше. Попробуйте договориться о проведении контрольной сессии через относительно короткий период времени — на ней вы с клиентом пересмотрите решение о том, необходимы ли дальнейшие интервенции.
- *Завершить терапию по мере снижения или полного устранения симптомов диагностированного расстройства.* Таким ориентиром

в принятии решения о завершении терапевтического процесса часто пользуются в клиниках и других организациях, связанных с поддержанием психического здоровья. Многие клиенты хотят в результате психотерапии почувствовать себя лучше и меньше страдать, поэтому, достигая клинически значимых изменений, они чувствуют, что готовы прекратить терапию. В таком случае для снижения вероятности возвращения симптомов стоит предложить провести встречи, ориентированные на предотвращение рецидивов. Как и клиенты, завершающие терапию по мере разрешения кризисной ситуации, клиенты, ориентирующиеся исключительно на ослабление симптомов, могут в будущем столкнуться со срывами и повторением аналогичных проблем, если не научатся понимать их паттерны, разрабатывать и применять стратегии по снижению вероятности подобных событий или обнаруживать триггеры, из-за которых проблема возникает. Многие люди испытывают облегчение в самом начале терапевтического процесса в силу того, что приняли решение обратиться за помощью, получили поддержку и шанс озвучить свои переживания. Возможность рассказать о возникших проблемах не вовлеченному в них человеку — безусловно важная составляющая позитивных изменений, происходящих в терапии. Тем не менее связанные с ней улучшения обычно краткосрочны. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) работала с клиенткой, которая демонстрировала ярко выраженные признаки дистресса, в частности ее результаты по шкалам депрессии и тревоги Бека были очень высоки. Всего через две недели благодаря базовым интервенциям (самомониторингу и планированию активности) ее результаты вернулись к нормальному уровню. Причем не проводилась ни оценка ее автоматических мыслей, ни работа с ощущением низкой самооффективности. Тем не менее, если бы психотерапия на этом завершилась, клиентка, вероятнее всего, столкнулась бы с рецидивом, так как снижение симптоматики было скорее следствием получения поддержки, чем применения интервенций. Эта клиентка продолжила работать со специалистом, но, к сожалению, так поступают не все.

- *Завершить терапию по мере достижения целей, независимо от симптоматики.* Иногда терапия ориентирована не на текущую симптоматику. Кроме того, практика специалиста может осуществляться в системе, где не принято руководствоваться диагнозами согласно DSM. Обычно уровень дистресса и/или симптоматика снижаются по мере изменения поведения или мыслей клиента, однако так происходит не всегда. Например, клиентка может сформулировать

задачу терапии следующим образом: улучшить проблематичные на данный момент отношения. Тогда в ходе терапии она, вероятно, наоборот, ощутит усиление негативных переживаний, поскольку будет пытаться решить проблемы, которые до того избегались на протяжении долгих лет. В работе с подобным запросом облегчение симптоматики может быть неактуальным. Кроме того, некоторые клиенты обращаются за когнитивно-поведенческим консультированием по поводу конкретных сложностей, одновременно проходя лечение психологического расстройства с другим специалистом. Например, клиент с биполярным расстройством может обратиться за помощью в решении трудностей с отношениями, продолжая получать психиатрическое лечение у другого специалиста. Или к вам могут повторно обратиться клиенты, которые достигли целей прежней терапии, но имеют некоторые симптомы, работа с которыми не проводилась в прошлом или не была эффективной. В таком случае желательно пересмотреть цели терапии и исправить концептуализацию или перенаправить клиента к специалисту по устранению сохранившихся симптомов (например, в специализированную клинику). Вспомните нашу гипотезу о том, что некоторые типы изменений могут приводить к улучшениям, но иногда мы можем ошибаться.

- *Завершить терапию, когда ослабнет симптоматика и цели клиента будут достигнуты.* Это предпочтительный вариант, потому что он предполагает одновременно достижение поставленных целей и облегчение симптоматики. Вы предприняли необходимые меры по предотвращению рецидивов, клиент готов попрощаться с вами. Потребность в дальнейшей терапии отсутствует (если, конечно, нет глубинных факторов, способных сильно увеличить риск рецидива). Это идеальные условия, в которых можно повторить изученные в ходе терапии стратегии, снова подчеркнуть необходимость здорового мышления и поведения, а также закрепить полученные результаты.
- *Завершить терапию после изменения факторов, которые, как предполагается, обуславливали возникновение проблем* (например, убеждений, схем или предшествующих ситуаций вроде стресса в семье и на работе). Такой подход к завершению терапевтического процесса используется в схематерапии и некоторых других интервенциях, особенно тех, которые направлены на достижение долгосрочных изменений при работе с расстройствами личности. Сложно судить, какие перемены считать достаточными, ведь и клиент, и специалист могут хотеть удостовериться, что глубинные схемы или среда дейст-

вительно изменились. Специалистам, которых учат выявлять психологические расстройства, легко определять проблемы, а вот делать выводы о сильных сторонах и позитивных проявлениях сложнее. Одни психотерапевты склонны рекомендовать более длительное лечение, другие предпочитают краткосрочные вмешательства. Авторы этой книги неоднократно участвовали в конференциях по когнитивно-поведенческом разборе случаев, в ходе которых прогнозы о типе и продолжительности требуемого лечения существенно варьировались у разных специалистов, несмотря на то что уровень подготовки у них был сопоставимый. Тем не менее следует помнить о том, что данных, которые подтверждали бы эффективность использования долгосрочной схематерапии для клиентов, еще недостаточно (исключение составляет работа с расстройствами личности; см. главу 10).

- *Другие подходы к завершению лечения.* Зачастую в терапии возникают и другие сценарии. Некоторые клиенты уходят без объяснений. Преждевременным завершением терапевтического процесса считается прекращение лечения по решению клиента без консультации со специалистом и/или до устранения проблем, которые привели человека в терапию. Согласно результатам метаанализа, проведенного Свифтом и Гринбергом (Swift & Greenberg, 2012), около 20 % клиентов бросают психотерапию, и этот показатель не сильно различается для разных подходов и форматов терапии. Специалист мало может сделать в ситуации неожиданного отказа от продолжения работы — разве что связаться с клиентом по телефону или по почте, чтобы получить объяснение и формально завершить взаимодействие. Всегда документируйте попытки взаимодействия с такими клиентами и старайтесь как можно доступнее объяснять им, почему закрываете их дело (руководствуясь, конечно, практиками и требованиями вашей организации). При отсутствии формального завершения случая в некоторых обстоятельствах за вами могут сохраняться юридические обязательства перед клиентами.

Иногда терапевтический процесс кажется неэффективным или различается оценка происходящего клиентом и специалистом. Мы должны всегда уважать мнение клиента; тем не менее важно разобраться, в чем именно, по его мнению, заключается польза происходящего — для вас она неочевидна. Например, клиент может ценить шанс выговориться и получить поддержку от нейтрального лица, при этом не стремиться достичь активных изменений. Кроме того, время от времени в жизни людей возникают новые кризисы или старые проблемы сохраняются,

несмотря на выбор подходящих интервенций специалистом и активное участие клиента. Сложности, которые могут возникнуть в когнитивно-поведенческой терапии, мы обсудим в главе 12. В общем и целом и специалисту, и клиенту нужно быть готовыми принять неидеальный или средний результат. Некоторые клиенты не достигают существенных улучшений, и важно понимать, когда изменения не наступают вопреки существенным усилиям, прилагаемым терапевтом и клиентом. Продолжение неэффективной терапии может считаться неэтичным (Youngren, Fisher, Foote, & Hjelt, 2011), в таких обстоятельствах нужно рассматривать другие варианты, в том числе отказ от работы в когнитивно-поведенческой модели.

Пожалуй, самый сложный тип завершения терапии — резкий разрыв. Такая ситуация возникает по разным причинам, например, когда клиенту не удастся разрешить сложности и смущенный скоростью изменений специалист негативно комментирует результаты; когда клиент отвергает предложенные методы или в иных обстоятельствах. Клиент может резко «уволить» психотерапевта, не дав ему возможности качественно завершить работу. В подобных ситуациях мы рекомендуем не занимать оборонительную позицию и давать произошедшему как можно более честную оценку. Это позволит эффективнее выстроить взаимодействие с другими похожими клиентами, которые могут к вам обратиться. Сильный терапевтический альянс является негативным предиктором преждевременного отказа от продолжения терапии (Sharf, Primavera, & Diener, 2010), поэтому используйте работу над альянсом как меру предотвращения подобных ситуаций. Супервизии или конфиденциальное обсуждение произошедшего с коллегой, которому вы доверяете, помогут разобраться в ситуации и понять, как действовать в будущем.

ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ РЕЦИДИВОВ

Предотвращение рецидивов — финальная часть большинства когнитивно-поведенческих терапий, подразумевающая, что ситуация клиента с проблемами или симптомами улучшилась благодаря взаимодействию со специалистом. Предотвращение рецидивов включает в себя анализ пройденного лечения, разработку плана на будущее, обсуждение чувств клиента и терапевта относительно завершения терапии (Antony, Ledley, & Heimberg, 2005). В некоторых случаях предотвращение рецидивов может считаться неотделимым от терапии, в частности, когда клинические проблемы являются хроническими или возникают периодически. Однако в большинстве случаев этот процесс занимает последние две-

три сессии. Клиентам, которые проходили длительное лечение в связи с хронической или тяжелой природой своего состояния, здесь может потребоваться больший объем помощи. Ниже мы даем несколько практических рекомендаций для специалистов, находящихся в данной фазе терапии.

В идеале по окончании взаимодействия у психотерапевта и клиента должно возникнуть ощущение завершенности. Поэтому, как ни парадоксально, именно в процессе завершения терапии стоит говорить о вероятных рецидивах. Это поможет сформировать реалистичные ожидания от будущего и обсудить, как клиенту справляться с проблемами. Отличную возможность отработать это умение дают отклонения, которые происходят непосредственно в процессе терапии. Предупредите клиентов, что у них может возникнуть желание на какое-то время прекратить выполнять терапевтические упражнения после завершения терапии. На практике это решение оказывается не самым мудрым: использование освоенных стратегий еще не доведено до автоматизма. А значит, отказ клиента от использования методов самопомощи в некоторой степени может отражать избегание. Обсудите, как использование терапевтических стратегий сочетается с его целями и желаниями.

У всех людей есть определенные, запускающие негативные реакции триггеры или события, справиться с которыми до психотерапии не удавалось. Большинство выявляет их, работая со специалистом. Обсудите, какие стратегии совладания клиенты будут использовать по завершении терапии. Стимулируйте их самостоятельные попытки справиться с триггерами — это укрепит ощущение самоэффективности и уверенности в себе. Не менее важно определить в диалоге «тревожные звоночки» рецидива и наметить стратегию действий в случае их возникновения. Для некоторых предупреждениями о необходимости обратиться за помощью могут стать нарушения сна, возбуждение и ощущение, что их переполняют эмоции. Можно составить личный список «звончков» и прописать копинг-стратегии для каждого нежелательного признака и симптома, основываясь на проведенной терапии. При желании клиент может хранить этот список в легкодоступном месте и обращаться к нему по мере надобности.

Если возможно, старайтесь проводить психологическую оценку по завершении терапевтической работы. Многие специалисты отлично справляются с этой задачей на момент обращения клиента, а контрольной оценке уделяют гораздо меньше внимания. Пусть после терапии клиент заполнит те же опросники, которые вы предлагали в самом начале. Сопоставьте результаты и дайте клиенту обратную связь. Визуализи-

зировать информацию поможет ее представление в форме графика, куда можно включить итоги опросов, проведенных до и после психотерапии, поведенческих чек-листов и использования любых других методик, позволяющих зафиксировать изменения и отражающих проделанную работу. Честно говорите о сферах, в которых изменения не достигнуты, — в дальнейшем именно с ними могут быть связаны рецидивы. Обсудите, как клиент будет разрешать проблемы самостоятельно и какие еще интервенции может попробовать. Например, полезно предлагать клиентам посещение доступных групп поддержки и самопомощи (особенно если в обычной жизни им недостает социальной опоры).

Обучите клиентов оценивать свое состояние. Иногда стоит выдавать списки типичных симптомов расстройств, с которыми человек к вам обратился. Обычно люди сохраняют их и в дальнейшем используют, когда нужно принимать решение об обращении за помощью.

Порекомендуйте клиентам проводить сессии самотерапии после завершения взаимодействия с вами. На таких сессиях они могут имитировать КПТ: самостоятельно формулировать повестку дня, разбирать каждую проблему с помощью освоенных на психотерапии сессий, назначать себе домашнее задание по работе с негативными мыслями и поведением в трудных ситуациях. Первые экспериментальные сессии самотерапии клиенты могут провести на последних неделях работы с вами, чтобы при необходимости обсудить сложности на следующей реальной сессии, например полностью посвященной такому обсуждению. Кроме того, вы можете позволить клиенту обратиться к вам за дополнительной консультацией по самотерапии: позвонить по телефону или написать электронное письмо, чтобы эффективнее справиться с проблемами сразу после их возникновения.

На финальном этапе общения с клиентами помогайте им формулировать цели, над достижением которых предстоит работать после терапии. Обсудите соответствующие методы и сроки. Нормализуйте и валидируйте страхи клиента, связанные с возможными откатами и рецидивами, но в оценке рисков придерживайтесь реалистичной позиции. Клиенты должны понимать, что откаты вероятны даже после успешного лечения; это позволит им меньше себя винить в случае столкновения со старыми или новыми сложностями. Помогите клиентам научиться различать нормальные негативные эмоции и симптомы расстройств, других серьезных психологических проблем. Многим людям это дается сложно, в результате они хуже переносят нормальные негативные переживания. Поощряйте их попытки справляться с трудностями самостоятельно, при этом четко обозначьте, что в будущем при необходимости они могут снова обратиться к вам за помощью — это нормально.

Вместе с клиентами напишите План предотвращения рецидивов, куда включите все самые полезные стратегии из освоенных на терапии; цели, которые ставит клиент на период после прекращения взаимодействия с вами; рекомендации по дальнейшей работе; способы получения помощи, если она окажется необходима в будущем. Составить такой план помогут концептуализация и ваши рабочие заметки, в которых перечислены использованные интервенции и реакция клиента на них. Составление плана также может стать отправной точкой для обсуждения завершения терапии и целей клиента на последние несколько сессий. Некоторым людям нравится получать раздаточные материалы и другую психообразовательную информацию, чек-листы по симптомам и стратегиям самопомощи, визуальные напоминания — полезные материалы, из которых легко составить специальную папку для предотвращения рецидивов.

В течение примерно полугода Рамона посетила 22 терапевтические сессии. Ближе к завершению лечения они с психотерапевтом решили собрать материалы, которые помогли бы клиентке предотвратить рецидивы. Рамона согласилась в качестве домашнего задания пересмотреть записи в Дневнике мыслей, который она вела на протяжении терапии, и проанализировать иные, ранее заполненные формы. Рамона вела еще и личный дневник, его тоже согласилась перечитать. В итоге в созданный на последних трех сессиях «набор» по предотвращению рецидива вошли следующие инструменты:

- список возникавших ранее симптомов и других возможных признаков надвигающегося рецидива;
- незаполненный опросник симптомов, с помощью которого клиентка сможет оценивать симптоматику в будущем;
- обзор основных техник, использованных в ходе терапии, с понятными для клиентки формулировками. Причем те из них, которые она сама сочла наиболее полезными, были выделены дополнительно;
- пустые формы для выполнения терапевтических упражнений, которые показались клиентке особенно полезными;
- контактные данные психотерапевта и другие источники необходимой помощи на будущее.

Хотя когнитивно-поведенческая терапия ориентирована на достижение изменений и прямое столкновение с возникающими в жизни клиента сложностями, на этапе работы по предотвращению рецидивов или контроля результатов можно обратиться к интервенциям, сосредоточенным на принятии (например, практиками осознанности). Использование некоторых подобных интервенций как дополнительной формы

терапии или отдельного метода предотвращения рецидивов при работе с рядом расстройств после достижения ремиссии имеет доказательную базу (например, Segal et al., 2013). Если вы хотите включить подобные техники в работу с клиентами, мы рекомендуем предварительно пройти соответствующее обучение или направить клиента к специалисту, разбирающемуся в практиках осознанности. Подумайте, стоит ли направлять его в группу осознанной медитации или на соответствующую программу, если сами не занимаетесь подобными практиками.

Большинство клиентов, для которых опыт прохождения психотерапии стал положительным, испытывают тревогу в связи с предстоящим завершением работы со специалистом и некоторую грусть по поводу того, что в дальнейшем будет отсутствовать возможность обсуждения с терапевтом своих проблем и переживаний. Терапевты тоже порой ощущают грусть и переживают за их благополучие в будущем. Скажите клиентам, что с такими переживаниями сталкивается большинство людей и что эти чувства совершенно нормально выражать и обсуждать. Если уместно, можете дать клиентам обратную связь — каких позитивных изменений им удалось добиться, на ваш взгляд, и чему вы сами научились в ходе совместной работы. Когнитивно-поведенческие интервенции сосредоточены на достижении изменений клиентами, но они, в свою очередь, оказывают сильное влияние на нас. Хотя подарки от клиентов не являются обязательными и не ожидаются в контексте КПТ, мы не призываем отказываться от небольших презентов или открыток, если для человека важно так выразить свою благодарность или если эти подарки отражают полученные на терапии уроки.

Некоторые люди в ходе терапии укрепляют собственную систему социальной поддержки. Обязательно убедитесь, что у вашего клиента есть такая система и что она сохранится на момент завершения терапии. Поощряйте использование ресурсов естественной для него социальной среды, а также обсуждайте, к кому можно обратиться за помощью в будущем. Поощряйте желание клиента вести сбалансированный образ жизни и заботиться о себе. Такой баланс у разных людей выражается по-разному, поэтому старайтесь заранее прояснить данный вопрос.

Примерно через полгода после завершения терапии Рейчел снова связалась со своим психотерапевтом, Руфью, у которой проходила лечение от трихотилломании (16 сессий). На момент завершения лечения Рейчел была в отличном состоянии. Однако за несколько недель до звонка специалисту ее настроение ухудшилось и она опять начала выдирать волосы, особенно когда оставалась одна дома по вечерам. Рейчел назвала возможные триггеры произошедшего отката: она работала в школе,

где перед ней поставили новые ответственные задачи; кроме того, стало известно, что рак, которым болела ее мать, распространился на легкие. По телефону голос Рейчел звучал очень расстроено, она почти плакала. Клиентка сказала, что пересматривала оставшиеся с терапии материалы и стратегии, которые они со специалистом вместе собрали. Однако для обсуждения сложившейся ситуации и проверки того, насколько верно она использует данные стратегии, Рейчел попросила о нескольких контрольных встречах. Руфь согласилась — в течение следующего месяца они провели ряд поддерживающих сессий.

СЛУЧАЙ СТИВЕНА Р., продолжение

20-я сессия была посвящена анализу пройденного пути и обсуждению уроков, которые Стивен вынес из лечения. Вместе с психотерапевтом они разобрали первоначальный Список проблем и обсудили произошедшие в жизни Стивена перемены, а также сложности, с которыми еще предстояло разобраться. Специалист также предложила Стивену перечислить возможные признаки и симптомы возвращения депрессии, а затем и стратегии, которые тот мог бы использовать для ее предотвращения.

Психотерапевт вспомнила, что первоначальной целью Стивена было возвращение на работу — и ему это удалось. Стивен позитивно оценил этот результат и отметил, что его значение снизилось, когда он открыл для себя другие сферы и начал активнее участвовать в жизни собственной семьи. С особым удовольствием он вспомнил недавний опыт взаимодействия с братом, из которого ему удалось «выйти невредимым». Стивен также обратил внимание на то, что теперь старается учитывать точку зрения других людей в ситуации, когда они расстраивают его и себя. Не произнося этого слова, он, по сути, сказал, что проявление сочувствия к другим помогло ему стать менее раздражительным, саркастичным и реже испытывать разочарование.

Затем Стивен и психотерапевт обозначили сложности, которые могут возникнуть в будущем, в том числе рождественские каникулы, которые он должен был провести с родителями, сулившие неприятное взаимодействие с отцом. Стивен согласился, что время посещения родителей надо сократить и обозначить для себя лимиты общения с отцом. В случае надобности он выразил готовность вернуться к заполнению Дневника мыслей. Кроме того, в качестве потенциальной сложности были выделены грядущие мероприятия по оценке качества работы, которые тоже могли даваться Стивену с трудом; затем состоялось обсуждение вероятных форм поведения при попадании в эту ситуацию.

Отчасти потому, что Стивен переживал из-за периодических депрессивных состояний, и отчасти потому, что психотерапевт помнила об упоре на условную ценность личности, отражавшуюся в его новых убеждениях, была запланирована контрольная сессия через три месяца. На этой встрече Стивен сообщил, что у него все в порядке. Рождество удалось встретить с минимумом неприятных переживаний; жена радовалась его новому взгляду на вещи и улучшению их отношений. Они даже обсудили возможность уехать куда-нибудь на неделю вдвоем и начали искать, кому можно на это время оставить детей. Оценка работы еще не проводилась, но Стивен был уверен, что его труд получит положительную характеристику; даже сказал, что двое его подчиненных стали лучше работать и иначе к нему относиться. Стивен связывал это в том числе с изменениями в собственном поведении.

Психотерапевт и Стивен посвятили немного времени пересмотру списка вещей, которые он узнал в ходе терапии, а также навыков, которые он еще использовал. Оба обратили внимание, что Дневник мыслей практически не заполнялся. Специалист рекомендовала Стивену применять данный метод по необходимости. Анализируя произошедшее в терапии, они вспомнили момент, когда Стивен хотел бросить лечение, но справился с разочарованием и в результате существенно изменил свои отношения с окружающими. В конце сессии и Стивен, и терапевт испытали удовлетворение от выполненной работы, а также договорились, что, если Стивен почувствует необходимость в дополнительной поддерживающей сессии, он позвонит, чтобы договориться о ее проведении.

Глава 12

СЛОЖНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Все специалисты сталкиваются с трудностями — неспособностью клиента доводить выполнение заданий до конца, кризисными состояниями и риском суицида, а также реакциями, кажущимися «необоснованными». Во многом именно эти сложности делают работу когнитивно-поведенческого психотерапевта такой интересной и сложной. В данной главе мы разберем самые распространенные трудности, возникающие в работе КПТ-специалистов. Их причины могут зависеть от клиента, самого психотерапевта, терапевтического подхода, терапевтических отношений и других, внешних факторов.

Разные специалисты вкладывают разный смысл в понятие «сложности», но можно выделить ряд ситуаций, которые не даются легко практически никому. В контексте данной главы *сложными* мы называем ситуации, с которыми психотерапевту нелегко справиться при имеющемся у него уровне компетенций. Поэтому у разных специалистов (и даже у одного специалиста на разных этапах профессионального развития) сложности будут возникать в разных ситуациях. Условно все трудности можно разделить на группы по источнику возникновения: клиент, психотерапевт, терапия, терапевтические отношения, внешние факторы. Хотя эта классификация в определенной степени искусственная, она способна принести практическую пользу. Ниже мы опишем распространенные сложности, возникающие в каждой группе, и предложим способы их разрешения, которые вы сможете применить в собственной практике. Цель этой главы — помочь вам научиться выявлять сложности в собственной когнитивно-поведенческой практике и продумывать стратегии их преодоления.

СЛОЖНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ СО СТОРОНЫ КЛИЕНТА

Недостаточная приверженность терапии

Недостаточная приверженность клиента терапии может выражаться по-разному — от пропуска сессий и систематических опозданий до сложностей в понимании сути когнитивно-поведенческой терапии и выполнении домашних заданий. Клиенты, которые формулируют четкие цели и выполняют задания между сессиями, достигают лучших результатов, чем те, кто этого не делает (Kazantzis, Whittington & Dattilio, 2010).

Работая с клиентами, которые не придерживаются какого-либо аспекта терапии, в первую очередь обозначьте проблему и опишите поведение клиента, не пытаясь определить его причины или подобрать соответствующую интервенцию. У одних людей возникают сложности в понимании структуры метода, другие выносят на обсуждение слишком много проблем и в итоге чувствуют себя будто переполненными, третьи в силу своей неорганизованности просто теряют или забывают домашнее задание. А кто-то выходит из кабинета психотерапевта с четким представлением о том, что нужно сделать, и готовностью предпринять необходимые усилия — однако, оказавшись дома, робеет и тушует. Наконец, находятся такие, кто домашнее задание не выполняет в принципе, вместо него придумывает и делает что-то свое. Разные формы недостаточной приверженности терапии связаны с разными причинами, поэтому, прежде чем придумывать формы работы с ними, следует разобраться в сути проблемы.

Заметив паттерн такого поведения у клиента, старайтесь занять позицию наблюдателя: не реагируйте негативно, не спешите обвинять его или принимать эти действия на свой счет. Сначала соберите необходимую информацию, а затем представьте клиенту свои наблюдения — прямо, без критики. Возможно, вы сойдетесь на том, что данный паттерн поведения провоцирует возникновение нежелательных сложностей, и подберете для него соответствующие интервенции. Задавайте клиенту вопросы о том, что заметно вам обоим. Обязательно сохраняйте стремление к сотрудничеству и старайтесь позиционировать недостаточную приверженность как трудность, справиться с которой нужно вместе.

Распознав нежелательный паттерн поведения, попытайтесь сначала найти для него простое объяснение. Психотерапевты склонны продумывать подробные гипотезы о причинах поведения клиентов; тем не менее

изначально лучше не интерпретировать сложности клиента с выполнением домашнего задания и другими действиями, запланированными на сессиях. Многие психотерапевты в свое время считали причиной такого поведения *сопротивление*, но эта гипотеза была опровергнута (Leahy, 2001). Например, к одной из авторов этой книги (Д. Д.) клиентка приходила во время перерыва на обед. На сессиях она была очень вовлеченной: делала заметки, участвовала в обсуждении домашнего задания, которое подробнейшим образом записывала в смартфон. Однако через несколько сессий она стала извиняться и говорить, что забывает выполнять задания. В ходе обсуждения выяснилось, что все заметки и описания заданий хранились в памяти телефона, которым клиентка пользовалась исключительно в рабочее время: женщина была риелтором и завела разные телефоны для рабочих и личных звонков. Стоило ей начать брать на сессии личный телефон, используемый в свободное от работы время, как проблема с домашними заданиями разрешилась. И хотелось бы интерпретировать невыполнение домашнего задания как некоторое проявление сопротивления, но это было бы неправильно.

Отмена встречи после сложной сессии создает не менее плодотворную почву для домыслов. Многие психотерапевты склонны делать поспешные выводы: им кажется, что отмена сессии демонстрирует негативную реакцию клиента, неспособность выполнить задание, избегание сложностей в терапии или даже намерение отказаться от дальнейшей работы. И хотя эти предположения могут оказаться верны, не менее вероятны и другие причины: клиент мог простудиться или был вынужден остаться дома, чтобы присматривать за приболевшим ребенком! Поэтому, прежде чем делать выводы о причинах отмены, лучше обсудить пропуск сессии на следующей встрече. Возникновение у клиента ощущения, что ему необходимо защищаться от необоснованных подозрений и обвинений, может негативно сказаться на терапевтическом альянсе.

Важно также принимать во внимание вероятную связь между проблемами в жизни клиента и посещаемостью сессий или выполнением домашних заданий. Недостаточная приверженность терапии может оказаться проявлением симптоматики психологического расстройства. Если клиентам сложно справляться даже с повседневными делами, скорее всего, не меньшую трудность для них будут представлять терапевтические задачи. Низкий уровень энергии, усталость, недостаток навыков решения проблем — все это наверняка снизит способность клиента к выполнению заданий вне сессий. Когнитивные проблемы, в том числе с вниманием и памятью, могут стать причиной того, что он забудет домашнее задание вскоре после окончания сессии. Упадок духа

и разочарование часто свойственны клиентам, чьи проблемы связаны с регуляцией настроения. Некоторые люди избегают выполнения задания, боясь, что этот опыт будет для них слишком сложным, что они его не вынесут. Иногда тревога, связанная с социальным осуждением, воплощается в невыполнение задания, когда человек ожидает получить негативную реакцию от окружающих или даже психотерапевта. Тревожный клиент, слишком сосредоточенный на себе во время сессии, может быть невнимательным. Если в процессе общения с вами он переживает о возможном осуждении с вашей стороны, его способность к обработке информации в ходе сессии может снизиться. Поэтому ищите верную интерпретацию поведения клиента на сессии. Все перечисленные выше проблемы должны проясняться по мере заполнения концептуализации. Формулируйте прогнозы и проверяйте их, возвращаясь к исходной концептуализации по мере надобности.

Стоит также задуматься о том, какие *ваши* действия могли негативно повлиять на клиентов. Важно следовать главным постулатам когнитивно-поведенческой психотерапии и самим становиться для них ролевыми моделями. В этом контексте крайне важна приверженность терапии с вашей стороны. Проговаривайте повестку дня и следуйте ей на каждой сессии. Выясните, какие действия, связанные с достижением терапевтических целей, клиент совершал за время, миновавшее с прошлой сессии, кроме выполнения задания. Обязательно транслируйте интерес к его стараниям и ответам, а не к идеальным результатам или успехам.

На каждой сессии обязательно выделяйте достаточно времени на определение домашнего задания. Многие сложности, связанные с приверженностью лечению, удивительным образом разрешаются, когда клиенты получают домашнее задание в письменной форме. Попробуйте стандартизировать форму его выдачи, например, стилизуйте под рецептурный бланк. Многие клиенты привыкли получать от врачей рецепты в таком виде; поэтому одна из авторов этой книги (Д. Д.) разработала форму Рецепта изменений (см. рис. 5.1), которая в печатном виде по размеру напоминает обычный лекарственный рецепт. На таких формах можно записывать домашнее задание, дату следующей встречи и контактную информацию специалиста. Другой автор этой книги (К. Д.) использует стандартный формат блокнота в терапии, где записываются домашние задания, ведется Дневник активности и хранятся другие формы. Клиентам удобно, когда все необходимое для терапии сосредоточено в одном месте (хотя, конечно, такой блокнот крайне неприятно где-то забыть или потерять). Некоторые проблемы решаются путем копирования документов,

связанных с определенным клиентом. Иногда полезно использовать автоматические напоминания на электронных устройствах или в электронной почте. Прямо на сессии обсудите, какие средства клиенту удобнее использовать.

Сара начала работать с новым клиентом, Полом. Они завершили постановку целей и планирование, а также сформулировали домашнее задание, выполнение которого помогло бы ему продвинуться в достижении поставленных целей. Обычно Сара использовала стандартные формы для записи домашних заданий, которые и выдала Полу. Однако он несколько раз их терял, объясняя это тем, что в обычной жизни бумагами почти не пользуется, и предложил свой выход из положения: в конце сессии он будет сам себе отправлять сообщение с домашним заданием, выполнение которого позже внесет в электронный ежедневник. Кроме того, Пол использовал специальные таблицы для отслеживания результатов домашней работы, которые перед каждой сессией отправлял психотерапевту. Хотя изначально такая организация взаимодействия показалась Саре более сложной, Полу технологичный подход подошел гораздо больше. Проблема с выполнением домашних заданий решилась.

Всегда обсуждайте домашнюю работу на следующей сессии подробно и серьезно. Выделяйте на это обсуждение достаточно времени, особенно на первых сессиях, когда задается тон дальнейшему взаимодействию. Будьте открытыми и искренними, обсуждайте любые сложности, возникающие у клиентов с домашним заданием. Полезно также оценивать их общие способности в решении проблем. Определяйте возможные препятствия на пути выполнения задания и сообщайте их решение. Если вы с клиентом считаете, что невыполненное задание сохранило актуальность, назначьте его снова. Если оно и в следующий раз не будет выполнено, посвятите его обсуждению больше времени. Затем сформулируйте новое задание либо уменьшите масштаб старого, чтобы попытка его выполнить в следующий раз увенчалась для клиента успехом: многократные безуспешные попытки выполнения одного задания принесут разочарование и ему, и вам. Обсудите необходимость применения в реальной жизни того, что обсуждалось на сессии. Можно так и сказать клиенту: «Ваши действия между сеансами даже важнее, чем наши обсуждения на сессиях». Мы часто обращаем внимание клиентов на то, что общение с психотерапевтом занимает всего один час в неделю — это очень мало, поэтому без практики и выполнения домашних заданий изменения, которые запускаются на сессиях, не будут транслироваться в реальную жизнь.

Определять содержание домашних заданий нужно, стараясь максимизировать вероятность его выполнения, чтобы данный опыт укрепил ощущение самоэффективности клиента. Постарайтесь обеспечить такие условия, чтобы клиенты сразу почувствовали себя успешными, помогайте им хвалить себя за приложенные усилия. Вы тоже можете их хвалить — если такая обратная связь действительно соответствует приложенным усилиям и достигнутым успехам и если нет клинических причин этого не делать. Да, похвала важна, но она должна быть адекватна приложенным усилиям клиента. Если ему кажется, что он провалил задание, похвала будет воспринята как ложная. В таких случаях вместо неискренней похвалы лучше посочувствовать сложностям клиента, постараться понять, как он смотрит на происходящее, и дополнить концептуализацию.

Если возможно, предложите клиенту вести письменные отчеты о выполнении и итогах домашнего задания. Кроме того, учитывайте вероятную погрешность результатов в связи с нереалистичными ожиданиями или перфекционизмом. Управляйте собственными ожиданиями — они должны быть реалистичными. Так, вероятность выполнения домашнего задания по совершению какого-либо действия каждый день ниже, чем вероятность совершения его четыре-пять дней в неделю — такой график предусматривает пропуски. Вероятность того, что клиенты будут продолжать совершать действия, которые приводят к успеху, выше, чем вероятность совершения неудачных действий. Если выполнить предыдущее задание не получилось, человек вряд ли попытается сделать что-то дополнительное, так как это понизит его ощущение самоэффективности. В табл. 12.1 и 12.2 собраны списки вопросов, связанных с приверженностью терапии и поиском возможных решений возникающих проблем соответственно. Безусловно, конкретные сложности с приверженностью лечению зависят от их причины.

Встречаются клиенты, которые уверены, что хотят добиться изменений, но при этом не делают домашнее задание или не принимают иные аспекты терапии, как бы вы ни старались. Заключение контракта на экстренные случаи может быть очень эффективным при работе с клиентами, чья недостаточная приверженность негативно сказывается на эффективности терапии. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) работала с молодым клиентом, который всегда опаздывал на 10–15 минут. У него сформировалась привычка вставать позднее, чем нужно, из-за чего не оставалось времени на сборы и дорогу к психотерапевту. После того как эта проблема была выявлена, специалист договорилась с молодым че-

ловеком, что в случае его опоздания более чем на 10 минут сессии будут отменяться или переноситься на следующую неделю. Договор отлично сработал. Подобные меры демонстрируют клиенту не только важность домашних заданий, но и необходимость уважать время специалиста. Однако обратите внимание: подобные интервенции эффективны лишь в случае, когда клиент ценит терапию и между вами установлен качественный терапевтический альянс. Если клиент сам оплачивает ваши услуги, вопросы, связанные с оплатой сессий, должны быть включены в терапевтический контракт. Например, специалист может высылать чек за потраченное на клиента время, независимо от того, явился тот на сессию или нет.

Таблица 12.1. Вопросы, связанные с недостаточной приверженностью терапии

1. Как часто возникает проблема: единожды или неоднократно?
 2. Действует клиент аналогичным образом за пределами терапии или эта проблема возникла исключительно в контексте вашего взаимодействия?
 3. Посещал ли ранее клиент психотерапию, не предполагавшую такой структурированности работы и выполнения домашних заданий?
 4. Сложно ли клиенту придерживаться структуры в терапии?
 5. Понимает ли клиент необходимость полноценно выполнять домашнее задание?
 6. Можно ли сказать, что действия клиента выражают его реакцию на терапию в целом или на стиль терапевта?
 7. Сформированы ли между вами отношения сотрудничества?
 8. Есть ли у клиента навыки и/или ресурсы, необходимые для выполнения задания?
 9. Понимает ли клиент, что именно нужно сделать для выполнения задания?
 10. Насколько клиент организован? Не возникает ли ощущение, что ему в принципе сложно распределять свое время, работать с бумагами, планировать собственную активность?
 11. Были ли клиенту даны понятные и конкретные письменные инструкции?
 12. Могут ли какие-либо симптомы (например, сложности с концентрацией внимания, низкая мотивация, тревога) мешать клиенту выполнять задания или придерживаться требований терапии?
 13. Достаточно ли понятно вы объяснили необходимость сохранять приверженность терапии и/или выполнять домашнее задание?
 14. Не избегали ли вы обсуждения сложностей с клиентом?
 15. Могли ли вы сами сделать что-то на первый взгляд незаметное, что тем не менее могло подорвать выполнение задания (например, забыли спросить о нем в прошлый раз или не подкрепили усилия клиента)?
 16. Следовали ли вы сами целям и планам когнитивно-поведенческой терапии в работе с этим человеком?
-

Таблица 12.2. Методы увеличения приверженности терапии

1. Убедитесь в том, что клиенты понимают план лечения и согласны с ним.
2. Убедитесь в том, что конкретное домашнее задание, а также связь каждого его аспекта с общими целями терапии понятны клиенту.
3. Предложите клиенту записывать основные мысли, выводы и предложения, возникшие в ходе сессии. Соглашайтесь на его просьбы записывать сессии на диктофон.
4. Повторяйтесь чаще, чем считаете нужным; используйте понятный для клиента язык.
5. Старайтесь предугадывать вероятные сложности. Спрашивайте: «Какова вероятность того, что вы справитесь с выполнением задания?». Если клиент прогнозирует ниже 60–70 %, облегчите задание.
6. Всегда руководствуйтесь принципами сотрудничества и убеждайтесь в том, что клиент вносит большой вклад в формулирование целей, выбор методов и терапевтических процессов (домашнего задания в том числе).
7. Всегда подробно расспрашивайте о выполнении задания. Подкрепляйте любые усилия клиента.
8. Если задание не выполнено, обсудите препятствия, с которыми столкнулся клиент. Если причин невыполнения задания несколько, измените его. Некоторые люди достигают улучшений, несмотря на отсутствие больших успехов с домашним заданием.
9. Творчески подходите к формулировке заданий. Некоторым клиентам сложно выполнять письменные практики — подберите для них другие варианты, например просмотр видеоматериалов, сбор обратной связи от других людей, поиск информации в интернете, поведенческие эксперименты.
10. Не стоит недооценивать тревогу клиентов, связанную с реализацией новых форм поведения или самостоятельным проведением экспозиции. Если в ходе обсуждения возможных проблем с выполнением домашнего задания выяснится, что страхи клиента снижают вероятность успеха, организуйте пробное выполнение задания прямо на сессии.
11. Убедитесь, что выполнение задания доступно клиенту. Например, вероятность того, что человек действительно пойдет в местный спортивный зал, выше, чем если он купит абонемент по скидке в спорткомплекс на другом конце города.
12. Учитывайте вероятные сложности, которые клиент по каким-то причинам не хочет называть (например, финансовые затраты, уровень грамотности, отсутствие поддержки других людей). Убедитесь, что у клиента достаточно навыков и ресурсов для выполнения задуманного.
13. Всегда записывайте задание сами и следите за тем, чтобы клиент его тоже записывал. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) разработала специальные формы Рецепта изменений (см. рис. 5.1), которые похожи на медицинский рецепт, обычно выписываемый врачом. На таком листке фиксируется само задание, дата следующей встречи и контактная информация специалиста.
14. Некоторым клиентам удобнее собирать полученные в ходе терапии материалы в специальную папку и ее же использовать для отслеживания выполнения домашних заданий.
15. Четко обговаривайте вопросы, связанные со временем. Если клиент опаздывает, не продлевайте время сессии, даже если можете себе это позволить.
16. Иногда назначайте домашние задания себе (например, найти статью для клиента). Выполняйте это задание и обсуждайте результаты на следующей встрече.
17. Используйте формулу: Настойчивость + Терпение + Оптимальная скорость = Прогресс.

Один из авторов этой книги (К. Д.) иногда предлагает использовать метод «трех попыток»: клиенту сообщается, что в случае его неспособности или нежелания выполнять задания, которые вы оба считаете важными, будет рассматриваться вариант прекращения терапии. Если задания за пределами сессий не выполняются, что бы вы ни делали, вероятно, время для интервенции подобрано неправильно. Многие клиенты обращаются за помощью, оказавшись в самых тяжелых ситуациях, им трудно сосредоточиться на поиске конкретного решения. Зачастую сложности клиентов мешают терапевтическому процессу. Например, клиент, который переживает из-за потери работы и финансовых трудностей, скорее будет сосредоточен на поиске источника дохода, а не на отслеживании собственных мыслей. Неспособность или нежелание клиента выполнять задания во многом связывает терапевтам руки. Возможно, эффективнее уделить ваше время работе с людьми, которые действительно готовы к изменениям. Проверьте, не превратится ли использование такого подхода в способ «наказать» сложного клиента. Если нет, откладывание или завершение психотерапии может оказаться ответственным решением с вашей стороны. Кроме того, если вы используете специальные договоры и иные способы контроля последствий, критически важно соблюдать оговоренные условия с вашей стороны. Единственное исключение составляют чрезвычайные обстоятельства, в том числе ситуации, в которых клиент или другие люди оказываются в опасности. Если вы примете решение прекратить или временно приостановить терапию, обсудите с клиентом возможность перенаправить его к другому специалисту, получить поддержку из других источников и доступ к кризисным интервенциям. Обсудите также возможность возобновления работы с вами, если ситуация изменится.

Наконец, важно понимать, не является ли недостаточная приверженность терапии отражением проблемы, существующей на уровне межличностных отношений. Такие сложности не всегда удается заметить сразу, но со временем вы начнете что-то подозревать. Хотя некоторые сложности могут быть связаны со стилем межличностного взаимодействия клиента или его когнитивными схемами, обсуждение работы с клиентами с расстройствами личности выходит за рамки этой книги. На данный момент опубликован ряд работ, посвященных данной теме (А. Т. Beck et al., 2015; Linehan, 2015; Young et al., 2003). Список клинических признаков расстройства личности приведен в табл. 12.3.

Таблица 12.3. Клинические признаки возможного расстройства личности

1. Судя по информации от самого клиента, близких ему людей и других специалистов, проблемы существуют длительное время.
2. Проблема недостаточной приверженности терапии была актуальна и при взаимодействии с другими специалистами в прошлом.
3. Складывается впечатление, что лечение периодически встает на «паузу», а потом снова «запускается» по неочевидным причинам.
4. Клиент не осознает свое влияние на других людей и может быть склонен винить их в своих проблемах.
5. У других специалистов возникали вопросы о мотивации клиента к лечению.
6. Клиент говорил, что терапия для него важна, однако наблюдаемых или измеримых изменений не происходило. Если же достичь их удавалось, то улучшения сохранялись ненадолго.
7. Психоактивные медикаменты не помогают.
8. Клиент говорит о проблемах как об основополагающей части себя. Природа его проблем эгосинтонная.
9. Кризисы возникают один за другим, лечение похоже на тушение лесного пожара. Вы замечаете, что после сессий часто переживаете за клиента.
10. Вместе с направлением вы получили документы, свидетельствующие о многократных попытках пройти терапию, предпринятых ранее. У клиента может быть история вызовов скорой помощи, посещения больниц и неудачных попыток лечения, в том числе медикаментозного. Специалисты (вы в том числе) отмечают негативные реакции на клиента, в том числе злость и разочарование. При обсуждении кейса с коллегами может возникать несогласие относительно того, как справиться с возникшей в терапии ситуацией.
11. Клиент совершает действия, которые вам не понятны, несвойственны ему или очевидно пагубны.

Примечание. Основано на информации из Freeman & Leaf (1989). Адаптировано с разрешения Артура Фримена.

Клиенты, которые слишком хотят вам угодить

Причиной для беспокойства в контексте когнитивно-поведенческой психотерапии может стать чрезмерная приверженность лечению со стороны клиента. Хотя с покладистыми людьми работать даже приятно, склонность подчиняться может быть связана с другими сложностями и мешать общему прогрессу. Со временем вы заметите, что такие клиенты не только следуют всем вашим инструкциям, но и в целом склонны к пассивности, стремятся вам угодить. Обычно они не задают много вопросов, но просят специалиста озвучить свои предложения и поддержать; всегда приходят вовремя или раньше; могут сидеть в зале ожидания и пересматривать домашнее задание. Сессии они обычно не отменяют, даже приходят на встречу в очевидно больном состоянии.

Такие клиенты не просто ведут Дневник активности, а создают на компьютере специальные таблицы, чтобы вносить дополнительные данные, и рассказывают об этом на сессии в надежде на похвалу терапевта. Они часто делают специалистам небольшие подарки на праздники и переживают из-за завершения терапии.

Некоторые клиенты покладисты и в повседневной жизни, потому что такой стиль поведения для них работает; другие действуют неискренне и скрывают свои истинные мысли от психотерапевта. Они озвучивают то, что, как им кажется, он хочет от них слышать. И хотя психотерапевту работа с такими клиентами может приносить удовольствие, важно убедиться, что они действительно сотрудничают. В идеале клиенты должны не только принимать ваш вклад в терапевтический процесс, но и вносить свой. Ведь цель КПТ — помочь людям стать терапевтами для самих себя.

Если выявите такой проблемный паттерн, открыто обсудите его с клиентом и попробуйте разобраться, какие мысли лежат в его основе. В итоге вы можете прийти к решению нацелить будущие интервенции именно на них. Убедитесь, что клиент участвует в формулировке домашнего задания, добейтесь его активного участия в процессе. У человека могут присутствовать следующие автоматические мысли: «Психотерапевт лучше знает», «Мое мнение не так важно, как мнение специалиста», «Сделать другим людям приятно важнее, чем высказать свое мнение» или «Мой психотерапевт разозлится, если я _____». Вы можете сразу разобрать эти автоматические мысли и сказать клиенту, что предпочтете услышать его несогласие или идеи, чем смотреть, как он делает предложенное вами.

Слишком старательным клиентам может быть свойственен перфекционизм в мыслях или поведении. Если их покладистость направлена скорее на то, чтобы вас порадовать, а не на достижение изменений для самих себя, предложите им провести эксперимент, в ходе которого нужно сделать что-то для вас неприятное. Например, они могут отменить сессию без причины, опоздать или не выполнить домашнее задание должным образом. Ответственным и склонным к перфекционизму людям выполнение такого задания может даваться с трудом и тем не менее принесет пользу. Одна из авторов этой книги (Д. Д.) работала с клиенткой, которая приходила на сессии, даже когда плохо себя чувствовала или не могла ни на чем сосредоточиться из-за своей тяжелой работы. В результате они договорились, что в следующий раз, когда у клиентки на работе выдастся особенно сложная неделя, она отменит сессию за 24 часа. Вместо отмененной встречи клиентка согласилась отслеживать

разные дела, занимавшие ее время, а также записывать в дневник свои мысли по поводу разных задач. Она поняла, что возможность отмены сессии провоцировала у нее возникновение мыслей о вероятной реакции психотерапевта, осуждении с ее стороны, что стало важной темой для обсуждения на следующей сессии. Все эти действия помогли выявить склонность клиентки к чрезмерной ответственности.

Обсуждение результатов подобных интервенций на сессии может оказаться весьма полезным. Такие эксперименты помогают клиентам изучать реакции других людей и учиться руководствоваться собственными потребностями, а не уступать предполагаемым желаниям окружающих. Как ни странно, для некоторых людей отказ следовать требованиям терапии может продемонстрировать скорее зарождение независимого мышления и рост самооценки.

Требовательные, агрессивные и злые клиенты

Злые и агрессивные клиенты сильно отличаются от покладистых. Зачастую они очень многого ждут от специалиста и раздражаются, когда их ожидания не оправдываются. В своем разочаровании они могут винить вас. В процессе первоначальной оценки подобные паттерны могут не быть очевидными, потому что они проявляются лишь в определенных обстоятельствах. Например, если вы отмените встречу, опоздаете на нее, будете казаться отвлеченным, это начнет раздражать требовательных клиентов. Если домашнее задание не удалось выполнить, как было запланировано, они тоже могут обвинить в этом вас. Например, одной из авторов этой книги (Д. Д.) приходилось работать с клиенткой, которая приходила в клинику между сессиями и настаивала на том, что ей необходимо несколько минут пообщаться с психотерапевтом. Когда это случилось в первый раз, администратор в приемной подумала, что возникли чрезвычайные обстоятельства, и вызвала специалиста. Однако выяснилось, что срочности не было: у клиентки просто возникли вопросы по домашнему заданию плюс она хотела изменить время следующей сессии. Когда психотерапевт попросила ее не приходить в клинику вне назначенного времени, клиентка очень разозлилась. Она вела себя так, будто считала свои проблемы более значимыми, по сравнению с проблемами других посетителей клиники.

Важно не избегать сложных тем, но выделять их как проблемы, требующие проработки — для самих себя и организации, в которой

вы практикуете. При возникновении подобных сложностей важно искренне обсуждать их с клиентами, стараться разобраться в том, какие мысли лежат в основе их поведения. Всегда давайте клиентам обратную связь: гневливые люди реже других получают обратную связь по поводу своего поведения — окружающие их побаиваются. Их требованиям скорее будут неохотно уступать или стараться избегать взаимодействия — какая уж тут обратная связь. Не стоит повторять данный паттерн. Обратная связь способна помочь клиентам осознать свое влияние на окружающих. При этом важно, чтобы между вами существовал устойчивый терапевтический альянс и обратная связь поступила в подходящее время (в идеале — сразу после того, как клиент повел себя агрессивно или слишком требовательно; это позволит минимизировать влияние памяти и искажений в восприятии произошедшего). Предупреждайте клиентов о том, что вы несовершенны и будете допускать ошибки, которые способны их смутить. Обратная связь должна быть двусторонней. Также в работе с требовательными клиентами специалисту полезно выстраивать четкие границы. Так, желание неопытных психотерапевтов сделать приятное клиентам может привести к излишней гибкости в отношении назначения времени встреч и контактов за их пределами. Сочетание желания специалиста угодить и требовательности клиента способно привести к возникновению сложностей. Поэтому придерживайтесь ограничения во времени сессий со *всеми* клиентами (исключая кризисные ситуации, в которых, например, есть угроза жизни клиента).

Наконец, не стоит терпеть вербальное и любое другое насилие по отношению к себе. В случае агрессивного поведения клиента мы рекомендуем сразу обозначить, что оно неприемлемо и вы не станете терпеть пренебрежительные или оскорбительные комментарии. Будьте честны с клиентами, обсуждая их действия, которые считаете неоднозначными, и сообщайте, каких изменений ждете. Обязательно фиксируйте эти обсуждения в своих терапевтических заметках. В большинстве случаев прямая конфронтация приводит к изменению поведения; если этого не происходит, говорите клиентам, что прекратите психотерапию, если оскорбления продолжатся. Когда и это не помогает, выполняйте обещанное. Предложите направить такого клиента к другому специалисту или в другую организацию, подчеркнув, что агрессивные действия в отношении консультантов останутся неприемлемыми и там. Задokumentируйте все сказанное и закройте личное дело. В дальнейшем не отвечайте на телефонные звонки и не идите на контакт. Если с вами свяжутся адвокаты такого клиента, вы вправе защищать себя при условии верного

выполнения всех вышеописанных шагов. Помните, агрессивные клиенты с трудом переживают отвержение. И хотя все указанные действия могут нелегко даваться и вам, ваша безопасность и благополучие в данном случае приоритетны.

Клиенты с другими сложностями в сфере межличностного взаимодействия

Существуют и другие межличностные паттерны: зависимость, молчаливость, назойливость, склонность жаловаться или негативизм. Некоторые клиенты стараются скорее развлечь психотерапевта, чем решать собственные проблемы. Мы не будем разбирать каждый из названных стилей поведения, но порекомендуем вам как можно раньше их выявлять и регулярно пересматривать концептуализацию. Какие прогнозы вы делаете перед сессией? Ждете встречи с клиентом или глубоко внутри надеетесь, что он отменит сессию? Отвлекают ли вас анекдоты, которые он рассказывает, от его проблем и поиска их решения? Радуетесь ли вы, когда сессия заканчивается? Раздражает ли вас клиент? Беспокоитесь ли вы о ком-то из клиентов больше, чем об остальных? Формируйте собственную осознанность. Обращайте внимание на свои автоматические мысли о клиентах. Прописывайте их в Дневнике дисфункциональных мыслей, оценивайте реалистичность и наличие в них мыслительных искажений. Насколько ваши реакции предсказуемы, исходя из концептуализации? Возможно ли, что вы каким-то образом транслируете свои реакции клиенту, превращая их в своего рода самореализующиеся пророчества? Когда нужно, дополняйте концептуализацию. Полезно сохранять открытость и прозрачность во взаимодействии с клиентами даже относительно терапевтического альянса и вашего стиля коммуникации. Когда необходимо, обращайтесь за супервизией к доверенному коллеге или учителю.

Клиенты, которые иначе представляют себе путь изменений

Некоторые клиенты не до конца принимают когнитивно-поведенческую модель терапии, как бы психотерапевт ни старался донести до них суть подхода и убедить в том, что используемые методы эффективны и принесут пользу. Вопрос различий терапевтических результатов клиентов,

которые принимают и не принимают когнитивно-поведенческую модель, пока не исследован. Однако здравый смысл подсказывает, что первые будут больше вкладываться и скорее припишут успехи собственным усилиям, нежели сторонним факторам. Также выше вероятность, что такие клиенты завершат терапию с ощущением собственной эффективности, а следовательно, в будущем станут прикладывать больше усилий, снижая риск рецидива.

С убеждениями клиентов, касающимися причин их сложностей, следует работать как с любыми другими убеждениями. Для этого можно применять распространенные когнитивные стратегии — когнитивную реструктуризацию и поведенческие эксперименты. Например, если клиентка уверена, что причины ее проблем целиком и полностью биологические, она вряд ли воспримет будущие изменения как результат приложенных усилий. Этому стоит посвятить поведенческий эксперимент, основанный на самомониторинге и схеме АВАВ. Сначала клиентка наблюдает за собой без вмешательств (А), затем вводит какое-то поведение (В), прекращает его (А), далее начинает снова (В) — и все это время наблюдает за своим настроением, автоматическими мыслями и другими последствиями совершаемых действий. Скорее всего, такой эксперимент покажет, что клиентка способна контролировать свои реакции и что биологическая составляющая является лишь одним из факторов, влияющих на ее самочувствие.

Клиентам, чьи проблемы связаны с их представлением о причинах беспокоящих состояний, полезно учиться видеть разные факторы, влияющие на происходящее с ними, а не какую-то одну причину. Формирование более комплексного представления способно изменить их отношение и к изменениям, и к усилиям, прикладываемым в рамках когнитивно-поведенческой терапии. Мы, например, предлагали клиентам в качестве упражнения перечислять все возможные причины их состояния, в том числе генетику, полученный в детстве или недавно опыт, отношения, факторы среды, самоконтроль и даже невезение. После создания этого списка они определяли процентное соотношение всех факторов, чтобы в итоге получилось 100 %. Далее аналогичным образом можно оценить степень контроля клиента над каждым из них. На некоторые переменные повлиять нельзя (например, на генетику или прежний опыт); другие (например, связанные со средой, отношениями, взглядами) можно корректировать. Такое упражнение помогает оценить убеждения клиентов относительно причинно-следственных связей, а также представить им мультифакторную модель происходящего. При этом обязательно используйте

понятный клиенту язык. Здесь хороши визуальные средства, в том числе круговая диаграмма. Такие обсуждения помогают обнаружить способы изменения текущих проблем. Но главное — донести до клиента мысль о том, что проблемы развиваются по-разному и существуют разные способы их решения.

При обсуждении модели изменений с клиентами старайтесь быть реалистичными, понимая, что, скорее всего, из других источников они получали другую информацию. Иногда недостаток доверия к методу может быть связан с убеждениями других людей: партнера, родителей или семейного врача. Члены семьи способны убедить клиента, что ему достаточно взять себя в руки, проявить самообладание или просто получить рецепт. Обратив внимание на явные противоречия, предложите клиентам обсудить их отношение к разным моделям работы. Помогите сформулировать ответ на возражения со стороны окружающих по поводу эффективности выбранной терапевтической модели. Кроме того, найдите печатные материалы с информацией о когнитивно-поведенческой модели для членов семьи. Их также можно позвать на психообразовательную сессию (естественно, с разрешения клиента). Если вы решите провести сессию для членов семьи, рекомендуем пригласить и самого клиента, чтобы все получили одинаковую информацию.

Постарайтесь убедиться, что другие специалисты не сообщают клиентам информацию, противоречащую тому, что говорите вы. Порой случается, что семейный врач направляет пациента с бессонницей к когнитивно-поведенческому психотерапевту, но подспудно мешает достижению эффекта терапии, назначая специальные медикаменты. Некоторые клиенты жалуются на недостаток прогресса лечащему врачу, а не когнитивно-поведенческому терапевту. Или другие специалисты интересуются успехами психотерапии у клиентов, которым сложно выразить беспокойство о текущих проблемах. Когда такой человек рассказывает лечащему врачу о возникших в терапии трудностях, тот может без консультации с вами перенаправить его к другому специалисту. Естественно, если это произойдет, клиент начнет сомневаться в эффективности подхода или вашей компетентности. Единственный способ решения подобных проблем — часто и открыто консультироваться с другими специалистами, у которых наблюдается ваш клиент. Сложности в коммуникации с коллегами могут возникнуть и из-за недостатка времени или географической удаленности специалистов, что, безусловно, мешает диалогу. Обязательно выстраивайте свое рабочее расписание таким образом, чтобы сохранять возможность поддерживать контакт с представителями служб, участвующих в работе с клиентом.

Со своей стороны, когнитивно-поведенческий терапевт не должен давать негативные комментарии о других получаемых клиентом формах лечения, в том числе медикаментозных. Исключением являются очевидно неэффективные формы лечения, противопоказанные клиенту или потенциально опасные. Дайте клиенту необходимую информацию об исследованиях результатов лечения и клинических руководствах в ходе психообразовательной стадии вашего взаимодействия, позволяя ему принимать самостоятельные решения. Помочь клиенту разработать стратегию обсуждения своих вопросов и переживаний с другими специалистами и критиковать их подход к лечению — это, согласитесь, разные вещи.

Получение психологической помощи одновременно от разных специалистов не считается полезной практикой, если только данная помощь не предоставляется в рамках одной программы по достижению общих терапевтических целей. Если клиента направляют на другое лечение, которое не сочетается с когнитивно-поведенческой терапией, рекомендуется ее приостановить или прекратить. Например, клиент с партнером или партнершей могут пойти на семейную терапию еще до окончания индивидуальной работы с вами. Рекомендуется заниматься разными видами терапии последовательно, потому что клиентам трудно полноценно включаться сразу в несколько форматов работы.

Отдельного разговора заслуживает одновременное прохождение медикаментозного лечения и КПТ. Большинство клиентов до обращения к когнитивно-поведенческому специалисту получают хотя бы одну консультацию у врача, который с большой вероятностью выписывает им какие-либо медикаменты. В некоторых случаях параллельный терапии прием препаратов увеличивает успех КПТ (Pampallona, Bollini, Tibaldi, Kupelnick & Munizza, 2004; Sudak, 2011).

Тем не менее иногда вы будете сомневаться в полезности такого назначения для клиента или даже подозревать, что медикаментозное лечение мешает психотерапии. Например, использование анксиолитиков тревожными клиентами способно превратиться в охранительное поведение, снизить эффективность экспозиционной терапии и общую эффективность лечения. Чаще всего такая проблема возникает, когда анксиолитики принимают по потребности (*pro re nata*), в том числе непосредственно перед или в ходе экспозиции. Психотерапевты не могут давать клиентам рекомендации о медикаментозном лечении, но вы можете связаться с врачом, выдавшим рецепт, и обсудить возникшие

трудности с ним¹. Иногда очень полезно коллегиальное обсуждение кейса клиента специалистами, у которых он наблюдается.

Врачи общей практики не разбираются в особенностях когнитивно-поведенческой терапии и могут просто не знать, что для эффективного лечения клиент должен пережить определенный эмоциональный опыт. Так, успешная экспозиционная терапия предполагает столкновение с чувством тревоги, анксиолитики же подавят эту реакцию. Поэтому имеет смысл договариваться с лечащим врачом клиента о том, чтобы тот не менял тип или дозу прописанных ему медикаментов во время прохождения когнитивно-поведенческой терапии. Такой подход облегчит клиентам оценку собственного вклада в улучшение их состояния во время работы с вами, ведь этот эффект уже не удастся списать на медикаментозное воздействие. Многим клиентам проще думать, что достигнутые изменения обусловлены приемом медикаментов, а не их собственными усилиями; если же доза лекарства не меняется, прийти к такому заключению сложнее.

Иногда, видя улучшения в уровне функционирования, не связанные с употреблением новых медикаментов, клиенты начинают задаваться вопросом о необходимости приема лекарственных средств. В таком случае вы вместе с клиентом и его лечащим врачом можете запланировать обсуждение этого вопроса, определить допустимые изменения дозы или возможность отказа от приема лекарств до завершения психотерапии. Такое обсуждение с клиентом и его лечащим врачом обязательно, потому что в некоторых ситуациях отменять или снижать дозировку препаратов нельзя (например, при приеме нормотимиков или антипсихотиков). Важно, чтобы необходимость длительного приема препаратов не воспринималась клиентом как провал — нельзя созда-

¹ Психотерапевты в канадской системе здравоохранения зачастую имеют психологическое, а не медицинское образование. По законодательству РФ психотерапевт в системе здравоохранения — это врач-психиатр с дополнительной подготовкой по психотерапии и, как следствие, он может назначать/корректировать/отменять психофармакологическую терапию, медикаменты и другие биологические виды лечения. По Общероссийскому классификатору специальностей по образованию (ОКСО ОК) Область образования (3) — Здравоохранение и медицинские науки; Укрупненная группа (31) — Клиническая медицина; Образовательный уровень (08) — высшее образование — подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры; Код профессии, специальности или направления подготовки — 22; Код образовательной программы (МСКО 2011) — 768; Код области образования (МСКО-О 2013) — 0912. — *Примеч. науч. ред.*

вать условия, которые подтолкнул его к уменьшению приверженности другому лечению.

На момент обращения к Гейлу по поводу низкой самооценки и генерализованной тревожности Франсин принимала антидепрессанты с момента столкновения с эпизодом послеродовой депрессии. Ее ребенку было уже три года, Франсин с мужем задумывались о второй беременности. Гейл не стал сосредоточиваться на обсуждении медикаментозного лечения; вместо этого он и Франсин, используя когнитивно-поведенческие методы, вместе работали над решением проблем, которые привели ее на консультацию, — искали и меняли негативные мыслительные и поведенческие паттерны. Со временем стало понятно, что проблемы Франсин корнями уходят в общую неуверенность в себе и желание всегда полагаться на других в принятии решений и формировании собственного мнения.

Когда в ходе обсуждения этих убеждений Франсин сама вернулась к вопросу употребления антидепрессантов, они с Гейлом обсудили, хочется ли ей снизить дозировку медикаментов или вовсе их отменить. Франсин выразила желание провести такой эксперимент, и они обсудили, как сформулировать запрос ее лечащему врачу. Так как депрессивных симптомов у Франсин на тот момент не наблюдалось, врач согласился с предлагаемой мерой. Сначала дозировка препарата была понижена, а затем врач его отменил — все это время Франсин продолжала посещать когнитивно-поведенческую терапию и работать над своими глубинными убеждениями. На момент завершения психотерапии она ничего не принимала, ее ощущение самоэффективности существенно повысилось.

Клиенты, у которых постоянно возникают новые проблемы

Некоторые клиенты выносят на обсуждение новые сложности уже после определения терапевтических целей и заключения контракта. Действительно, большинство людей беспокоят разные проблемы, а не одна изолированная трудность. Однако у некоторых клиентов новые сложности возникают постоянно, это порой отвлекает терапевта или даже уводит терапевтический процесс в сторону от поставленных целей. Хотя новые трудности могут не являться критически важными, у специалиста иногда возникает желание отклониться от исходных целей для проработки беспокоящих клиента ситуаций.

При работе с клиентами, у которых постоянно возникают новые проблемы, полезно придерживаться основополагающих стратегий когнитивно-поведенческой терапии. Всегда помните о необходимости определять повестку дня каждой сессии. Уважайте желание клиента обсудить дополнительные темы, но устанавливайте на обсуждение временной лимит. Обращайте внимание клиента на отклонения от изначального плана. Структурирование сессии — ваша задача как терапевта. В ее достижении помогает размещение часов на стене позади клиента, чтобы вы могли незаметно следить за временем. Некоторым людям помогает мягкое напоминание о том, что до конца встречи осталось 10 минут. Частые отклонения от повестки дня могут указывать на необходимость переоценки изначально поставленных целей терапии.

Иногда клиенты поднимают важный вопрос, которого не было в повестке дня, прямо в конце сессии. Такое поведение еще называют «эффектом дверной ручки». Опытные психотерапевты, работающие в разных подходах, отмечают, как много может произойти в последние пять минут сессии. Хотя когнитивно-поведенческие специалисты стремятся посвятить ее финал подведению итогов и обсуждению домашнего задания, клиент может захотеть вместо этого обсудить дополнительные вопросы. Когда клиент собирает вещи и берется за дверную ручку, чтобы выйти из кабинета, может всплыть крайне важная тема: «А когда мы приступим к обсуждению моих сексуальных проблем?», «Кстати, на прошлой неделе от меня ушел партнер» или «Знаете, я хочу попробовать гипноз». Подобные вопросы и заявления призваны «зацепить» специалиста, чтобы ему хотелось продолжить сессию для обсуждения столь важной темы.

Старайтесь противостоять искушению продлить сессию (исключением являются действительно чрезвычайные обстоятельства)! Если возникшая ситуация на самом деле кризисная для клиента, она, скорее всего, всплывет во время сессии. Зачастую «у дверной ручки» озвучиваются глубинные темы, которые клиент пока обсуждать не хочет, но считает важным уведомить специалиста об их существовании. Реагировать на такие высказывания лучше всего следующим образом: скажите, что отметите вопрос в своих записях и предложите внести его в повестку дня следующей сессии. Некоторые клиенты так проверяют границы терапии. Например, если внезапное признание на тему сексуальности вас не смутит, человек почувствует себя комфортнее при обсуждении подобных вопросов в будущем. Однако продлевать прием не стоит — это может закрепить привычку касаться важных тем в конце сессии. Кроме того,

тем самым вы покажете пример отклонения от стандартной структуры сессии в когнитивно-поведенческой терапии, демонстрируя, что она не важна. С практической точки зрения продление сессии одному клиенту способно доставить неудобства следующему или негативно сказаться на его лечении. Даже в конце рабочего дня, когда другие встречи не запланированы, продление сессии после «признаний у дверной ручки» подаст клиенту вредный сигнал.

Клиенты в кризисах и чрезвычайных обстоятельствах

Все психотерапевты сталкиваются с клиентами в кризисных состояниях, а чрезвычайные обстоятельства возникают в самых разных условиях работы. Некоторые клиенты периодически размышляют о самоубийстве. Даже если в вашей практике кризисы случаются не часто, они все равно вызывают напряжение у всех участников процесса. Когнитивно-поведенческий психотерапевт должен уметь эффективно и профессионально справляться с кризисными и чрезвычайными обстоятельствами.

Каждый консультант в обязательном порядке должен изучить особенности работы с суицидальными клиентами, оценку рисков и стратегии управления ими. Самоубийства — огромная проблема здравоохранения, именно они являются второй ведущей причиной смерти взрослых людей в возрасте 25–34 лет в США (Brown, Stirman & Spokas, 2010). В 90–93 % случаев завершенных суицидов среди взрослого населения имеет место психическое расстройство (Kleespies, Deleppo, Gallagher & Niles, 1999); у людей с депрессией риск смерти от самоубийства примерно в 20 раз выше, чем у людей без нее (Brown et al., 2010). Однако для качественной оценки рисков самоубийства и осуществления соответствующих интервенций недостаточно знать диагноз или историю попыток суицида со стороны клиента. Важно провести полноценную оценку рисков.

Джойнер с коллегами (Joiner, Walker, Rudd & Jobes, 1999) предлагают оценивать риск суицида с помощью континуума — от полного отсутствия до крайне высокого риска. Они предлагают также специализированные меры по оценке рисков, в том числе выделяют (Rudd & Joiner, 1998) факторы, предрасполагающие к суициду (например, гендер и семейная история самоубийства), факторы риска (например, социальная поддержка и навыки решения проблем). Повлиять на предрасполагающие

факторы нельзя, а факторы риска можно снизить с помощью краткосрочных интервенций, а также укрепить защищающие факторы — через изменение среды или с помощью краткосрочных когнитивно-поведенческих интервенций. Краткосрочные интервенции ориентированы на работу с текущей ситуацией, а не на глубинные проблемы (например, эмоциональную регуляцию, дефицит навыков или долгосрочные трудности в межличностном взаимодействии).

Постарайтесь пройти качественную подготовку в вопросах оценки риска самоубийства и проведения соответствующих интервенций. Такие знания и навыки — обязательное условие работы в разных организациях, ведь именно на психотерапевте лежит ответственность за безопасное и эффективное разрешение подобных ситуаций. Законы, касающиеся принятия клинических решений в подобных обстоятельствах, могут варьироваться в зависимости от места вашей работы, поэтому их нужно подробно изучить. Некоторые организации предоставляют специальные протоколы работы с пациентами, имеющими риск суицида. Тема оценки и управления такими рисками выходит за пределы данной книги. Практические руководства по работе с суицидальными клиентами обсуждаются, например, в работе Саймона и Хейлса (Simon & Hales, 2006). В табл. 12.4 собраны рекомендации по управлению рисками, прежде всего в контексте когнитивно-поведенческой терапии. Несколько исследований продемонстрировали эффективность использования когнитивно-поведенческого подхода в предотвращении рецидивов при попытках суицида. Браун с коллегами (Brown et al., 2010) обнаружили, что клиенты, проходившие КПТ после попытки самоубийства, на 50 % реже совершали повторную попытку за время контрольного наблюдения — по сравнению с группой клиентов, получавших обычное лечение. В другом исследовании (Ghahramanlou-Holloway, Bhar, Brown, Olsen, & Beck, 2012) была предложена гипотеза о том, что благодаря прохождению КПТ клиенты развивали навыки решения проблем и в результате находили другие способы выхода из ситуации, кроме суицида.

Выдвигалось предположение, что самоповреждающее поведение, в том числе суицид и парасуицид, может представлять собой не проблему, а попытку ее решения. Линехан (1993, 2015) рассматривала такой подход к самоповреждающему поведению в своей работе по пограничному расстройству личности. Так, самоповреждение может представлять собой попытку эмоциональной регуляции или решения проблемы, а также форму обращения к другим людям. Если клиент находится в состоянии острого дистресса, выяснение причины такого поведения может оказать-

ся невозможным. Однако если вы общались с клиентом до наступления кризиса, можете быть в курсе проблемы и попробовать напрямую решить ее на следующих сессиях. Так, к суицидальному поведению способна приводить безнадежность, в основе которой лежат негативные предсказания будущего. Работа с такими мыслями может осуществляться в форме когнитивной реструктуризации и поведенческих интервенций в контексте крепких и поддерживающих терапевтических отношений.

Таблица 12.4. Управление рисками при работе с суицидом

1. Сформируйте прочный альянс с клиентом и учитывайте его в плане лечения.
2. Доказана эффективность относительно краткосрочных, ориентированных на решение проблем и устранение кризисов подходов к амбулаторному лечению суицидальных пациентов.
3. Интенсивный контроль (телефонные звонки или домашние посещения) могут повысить приверженность лечению в краткосрочной перспективе для клиентов с низким уровнем риска.
4. Увеличение доступности экстренных служб может снизить вероятность последующих попыток суицида и потребность в услугах со стороны клиентов с первой попыткой суицида (например, если у клиента есть четкий план действий в кризисной ситуации).
5. Интенсивность лечения должна варьироваться в соответствии с уровнем риска.
6. Выбранная в качестве основной интервенции краткосрочная когнитивно-поведенческая терапия, направленная на решение проблем, эффективно снижает суицидальную идеацию, депрессию и ощущение безнадежности на срок до года. Краткосрочные подходы, судя по всему, не являются эффективными в долгосрочной перспективе. В ситуации острого кризиса предлагайте клиентам краткосрочные директивные подходы.
7. Для людей с высокой степенью риска после совершения попытки самоубийства больше всего подходит интенсивное последующее наблюдение. Высокая степень риска связана с историей многократных попыток суицида, наличием психиатрического диагноза и коморбидных состояний.
8. Долгосрочное лечение должно быть направлено на глубинные причины суицидального поведения — проблемы с эмоциональной регуляцией, импульсивность и негативный образ себя или межличностные сложности. В работе с долгосрочными кризисными состояниями (в частности, при наличии у клиента расстройства личности) предлагайте относительно долгосрочный подход, сосредоточенный на проработке глубинных причин этого состояния.
9. Если госпитализация для профильного лечения легкодоступна и может быть использована в любой необходимый момент, клиенты могут проходить лечение амбулаторно, в случае обеспечения его эффективности и безопасности.
10. Использование структурированного подхода к последующему наблюдению и направлению к другим специалистам (например, с помощью писем или телефонных звонков) может снизить риск преждевременного отказа клиента от продолжения лечения.
11. При работе со сложными клиентами обращайтесь за консультациями, супервизиями и поддержкой к коллегам.

Примечание: На основе Kleespies, Deleppo, Gallagher, & Niles (1999) и Rudd, Joiner, Jobses, & King (1999).

У клиентов могут возникать и часто возникают разные кризисные и критические ситуации. Эти состояния нужно различать. Согласно определению Клисписа и коллег (Kleespies et al., 1999), *кризисом* может считаться эмоционально значимое и приносящее страдания событие, которое необязательно связано с физической опасностью или угрозой жизни. Тем не менее кризис иногда способствует возникновению критической ситуации — более конкретной проблемы, возникшей в конкретный период времени. Так как кризисные состояния обычно связаны с эмоциональным дисбалансом, они легко ухудшаются. Поэтому следует предпринимать действия по нейтрализации ситуации. Клиспис с коллегами утверждают, что *чрезвычайной/критической* можно назвать ситуацию, в которой, при отсутствии необходимого вмешательства со стороны, имеется серьезный риск нанесения вреда себе или другому человеку. Согласно этому определению, к критическим можно отнести суицидальные состояния с высокой степенью риска; состояния, в которых человек склонен проявлять насилие в отношении себя или другого человека, ребенка или группы людей; а также измененные состояния сознания. Хотя в клинической практике суицид — наиболее часто встречающаяся критическая ситуация, вы можете столкнуться с риском проявления насилия или агрессии по отношению к другим лицам, психотерапевту в том числе. Некоторые клиенты делятся мыслями об убийстве других людей и связанных с насилием фантазиях, рассказывают о том, как кому-то угрожали. Иногда психотерапевту передается информация о насилии или увечьях, нанесенных несовершеннолетним лицам.

После оценки рисков нужно подобрать интервенции, направленные на увеличение безопасности вовлеченных в ситуацию людей. Например, к этим действиям может относиться предупреждение заинтересованных лиц или обращение в полицию. Если речь идет о временно измененном состоянии сознания, вероятно вызванном психотическими состояниями (например, галлюцинациями, повреждениями мозга или употреблением психоактивных веществ), в защите могут нуждаться как сам клиент, так и другие люди. Вы должны задать себе следующие вопросы:

- Можно ли сделать заключение об ограниченной дееспособности клиента исходя из его поведения на сессии?
- Принимал ли клиент психоактивные вещества, была ли передозировка? Что он принимал и в каких количествах?

- Может ли клиент водить машину в таком состоянии? Если нет, как ему добраться домой (если это актуально)?
- Переживает ли клиент паническую атаку?
- Испытывает ли диссоциативные симптомы на сессии? (Помните, диссоциация может возникать в связи с высокой тревожностью или другими расстройствами.)
- Имеются ли у клиента достаточно серьезные психотические симптомы, которые влияют на его суждения и общую безопасность?
- Пришлось ли клиенту в недалеком прошлом пережить травматический опыт?
- Есть ли риск самоповреждающего поведения, не связанного с риском суицида?
- Есть ли в текущих обстоятельствах опасность для вас или других людей?

К счастью, такие тяжелые состояния встречаются не часто, но такое возможно, и вы должны быть к этому готовы. В критических ситуациях порой трудно различить эмоциональные и физические страдания клиента. Вероятно, на момент первого столкновения с диссоциативными или паническими симптомами у вас еще не будет опыта работы с такими состояниями, поэтому напряжение возникнет у обоих. Вероятно, вам не приходилось работать с клиентами, имеющими психотические симптомы, и вы просто не знаете, чего ждать. В табл. 12.5 собраны рекомендации по работе с кризисными и критическими ситуациями.

Таблица 12.5. Правила работы в кризисных и критических ситуациях

1. Насколько возможно, проведите качественную оценку ситуации и определите тяжесть проблемы, а также степень риска.
2. К способам работы с кризисами и предотвращения критических ситуаций относятся:
 - 1) В период кризиса действуйте активнее обычного. Чем сильнее страдания или декомпенсация со стороны клиента, тем активнее должны быть интервенции или позиция специалиста. Занимайте более директивную позицию. Используйте преимущественно закрытые, а не открытые вопросы. Будьте максимально конкретны, не ждите особенной активности от клиента в поиске решения проблем. Если его переживания настолько сильны, что он не способен справиться с ними и принимать решения, с вашей стороны могут временно потребоваться соответствующие интервенции. Сохраняйте внешнее спокойствие, ведите себя так, словно контролируете ситуацию (даже если на самом деле вам далеко не спокойно).
 - 2) Больше поддерживайте клиента. В частности, можно увеличить доступность взаимодействия с вами — проводить сессии чаще или допустить возможность вам звонить.

- Поддержка может включать в себя и поиск других доступных услуг: кризисных центров, коллективов или клиник. Обращаться за поддержкой можно к другим людям из окружения клиента, например к семейному врачу, партнеру, коллегам или близким друзьям. Пусть клиент сохранит номер кризисной горячей линии в своем телефоне.
- 3) Давайте клиенту четкие письменные инструкции в соответствии с терапевтическими планами. Храните в кабинете специальные карточки, легко помещающиеся в бумажник, которые можно выдать до усугубления кризиса. На таких карточках следует перечислить контакты местных горячих линий, кризисных центров и приютов. Делайте персонализированные карточки для клиентов, в которые можно включать необходимую на случай чрезвычайных обстоятельств информацию. Пусть клиенты попробуют обратиться в эти службы в состоянии дистресса, но не кризиса — это увеличит вероятность обращения в действительно критических обстоятельствах.
 - 4) Отсрочка импульсов помогает выиграть время и подталкивает клиента пересмотреть доступные варианты. В периоды таких передышек работайте над тем, чтобы вернуть клиенту надежду.
 - 5) Интервенции, связанные со средой, способны помочь клиенту учиться контролировать импульсы, откладывая их реализацию или вовсе прекращая. Например, сам клиент или другие люди могут устранить связанные с риском объекты (убрать из зоны доступа опасные для здоровья дозы медикаментов, оружие и т. п.), усилить социальную поддержку и использовать доступные ресурсы социальной помощи населению. Отсрочка импульса и оценка доступных средств поддержки помогают многим клиентам передумать.
 - 6) Используйте краткосрочное планирование: представление о том, что клиент собирается сделать сразу после сессии, позволит понять, насколько безопасно отпустить его из кабинета. Если планов у клиента нет, он будет находиться в одиночестве, не знает, куда обратиться за социальной поддержкой, поработайте над составлением плана действий.
 - 7) Попросите коллегу озвучить свое мнение о ситуации клиента.
 - 8) Оцените необходимость госпитализации. Если вы не работаете в клинике, представляющей подобные услуги, нужно организовать безопасную транспортировку клиента в такую организацию. Если он соглашается самостоятельно добраться до клиники и, на ваш взгляд, способен это сделать, предупредите специалистов в отделении неотложной помощи, что к ним направляется ваш клиент. Обязательно скажите клиенту, что предприняли такую меру предосторожности.
 - 9) Если кризис клиента перешел в критическое состояние (предполагающее высокий риск для него или окружающих), но он не согласен на проведение более интенсивных интервенций, вы должны привлечь к работе с ним других специалистов, например полицию. Держите под рукой контакты кризисных служб.
3. Консультируйтесь с коллегами. Документируйте принятые меры и обосновывайте свои решения. Документируйте все консультации. Если нужно, информируйте своего супервизора или начальника о происходящем. «Управление рисками основывается на двух столпах — документировании и консультировании» (Kleespies et al., 1999, p. 457).
 4. После работы с клиентом сами получите необходимую поддержку (см. табл. 12.6).
-

Ваша безопасность первостепенна, равно как безопасность ваших коллег. Нельзя быть эффективным терапевтом для клиента, которого

вы боитесь. Руководствуйтесь здравым смыслом и доверяйте интуиции. Вряд ли общение с клиентами в ситуации, когда, кроме вас, в офисе никого нет, особенно после конца рабочего дня, — хорошая идея. В некоторых организациях кабинеты устроены так, чтобы специалисты могли легко их покинуть в случае угрозы; где-то устанавливают «тревожные кнопки», чтобы оперативно позвать на помощь. Практикуйте заботу о себе, особенно после кризисных интервенций или работы с критическими ситуациями. При необходимости применяйте меры первой психологической помощи (см. табл. 12.6).

Таблица 12.6. Когнитивно-поведенческая самопомощь для психотерапевтов

После работы с клиентом, находящимся в кризисе или критическом состоянии, многие ощущают тревогу и беспокоятся о своих действиях. Обычно эта тревога связана со следующими вопросами:

- Все ли правильно я сделал?
- Не упустил ли я что-то? Можно ли было улучшить предложенные мною интервенции?
- Способствовали ли эти интервенции увеличению безопасности клиента?
- Как разрешится ситуация?
- Буду ли я в будущем чувствовать себя в безопасности, работая с этим клиентом?
- Как правильно очертить границы с этим клиентом?

В качестве мер первой помощи самому себе можно предпринять следующее:

- Постарайтесь ответить на перечисленные выше вопросы. Проверьте доказательства, опровергающие негативные мысли, перечислите все «за» и «против» выбранной вами интервенции. Ваши мысли должны соответствовать имеющимся доказательствам. Применяйте метод сократовского диалога на себе.
 - Сопоставьте собственные потребности, потребности клиента и системы, в рамках которой работаете.
 - Получите эмоциональную поддержку от коллег, членов семьи и других близких людей.
 - Если нужно, проконсультируйтесь с коллегами. Обычно помогает знание о том, что другие люди в аналогичной ситуации предприняли бы такие же шаги.
 - Практикуйте осознанность в отношении собственного опыта; все мы эмоционально реагируем на кризисы.
 - Заботьтесь о себе на эмоциональном, когнитивном и физическом уровне.
 - Советуйтесь с коллегами. Документируйте выполненные шаги до ухода из кабинета, это поможет оставить работу на работе.
 - Иногда полезно отвлечься. Прогуляйтесь, займитесь спортом или сделайте что-то, что займет ваше внимание после работы. Если нужно, запланируйте отпуск.
-

СЛОЖНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ СО СТОРОНЫ СПЕЦИАЛИСТА

Сложности в процессе терапии могут возникать не только у клиента, но и у психотерапевта. На каждого из нас работа действует по-разному. Клиенты, с которыми мы общаемся, могут влиять на нас и менять нас — хотя мы работаем над тем, чтобы изменения произошли в их жизни. Крайне важно и желательно использовать когнитивно-поведенческие интервенции на самих себе. Полезно проходить супервизии и обращаться за поддержкой к коллегам, а если нужно, проходить личную терапию. Каждый специалист время от времени переживает кризис уверенности в себе. На самом деле, поводом для беспокойства было бы скорее полное отсутствие сомнений, ведь чрезмерная уверенность порой связана со слабо развитой способностью к самоанализу или существенным недостатком знаний. Ниже мы обсудим некоторые сложности, возникающие в когнитивно-поведенческой терапии как у начинающих, так и у более опытных специалистов.

Когда трудно придерживаться когнитивно-поведенческой модели

Проблемы с приверженностью выбранной модели лечения или терапевтическим интервенциям возникают не только у клиентов! Довольно легко отклониться от любой модели лечения, особенно если ваши клиенты испытывают сложности, плохо реагируют на интервенции, несдержанны или не принимают когнитивно-поведенческий подход. Если вы учились или проходите супервизии в других теоретических подходах, у вас может возникнуть желание использовать на практике другие модели или инструменты; это может сбить с толку и вас, и клиента, а также снизить эффективность воздействия в долгосрочной перспективе. Мы часто сталкивались со специалистами, которые называли свой подход эклектическим. Например, они могли использовать психодинамическую концептуализацию, но применять когнитивно-поведенческие интервенции по мере надобности. Такая практика демонстрирует неспособность придерживаться одной модели и качественно осуществлять когнитивно-поведенческие интервенции, в частности концептуализацию (см. главу 3), другие методы и стратегии, основанные на ней.

Один из лучших способов проверить собственную приверженность методу — попросить супервизора или коллегу понаблюдать за тем, как вы работаете, и оценить сессию по Шкале оценки когнитивной терапии (Young & Beck, 1980; есть в интернете на сайте www.academyofct.org и в приложении А). Вы также можете осуществить аудио- или видеозапись сессии и самостоятельно оценить себя с помощью этой шкалы. Если вам повезло работать в организации, где проводятся тренинги или супервизии для обучающихся психотерапевтов, вы можете понаблюдать за их работой, а они — за вашей. Регулярное обсуждение клинических случаев и взаимный контроль коллег — полезные стратегии, позволяющие оценивать качество когнитивно-поведенческой практики.

Не все специалисты (и не все клиенты) доверяют когнитивно-поведенческой модели. Если вы не уверены, что она подходит для вашего стиля межличностного и терапевтического взаимодействия, подробнее изучите метод, примите участие в мастер-классах, супервизиях и иных формах обучения. Хотя сами по себе когнитивно-поведенческие интервенции обладают большей эмпирической базой, ответственность за поиск метода и стиля, позволяющего проводить максимально эффективное, аутентичное и искреннее терапевтическое воздействие, лежит на психотерапевте.

«Синдром самозванца»

Вас может огорчить отсутствие уверенности в себе или сомнения в своей способности помочь людям, которые приходят к вам на терапию. Тем не менее такие переживания свойственны начинающим психотерапевтам, особенно после окончания программы профессиональной подготовки, стажировки и курсов повышения квалификации, которые подразумевали получение помощи супервизора и параллельное изучение проблем, над которыми вы работали с клиентами. Многим специалистам, погруженным в практику, сложно отслеживать новые исследования, научные и методические новинки. К вам могут обращаться клиенты с очень разными проблемами, или вы можете начать частную практику — в таких обстоятельствах неудивительно ощутить перегруженность или изоляцию. Оценить эти мысли и разобраться с ними поможет Дневник дисфункциональных мыслей. Если окажется, что в ваших мыслях проступают когнитивные искажения, диспутируйте их, используя все доступные доказательства. Например, удавалось ли

вам помочь кому-либо в прошлом? Обязательно разделяйте, где мысли нереалистичны, а где речь идет о действиях, выходящих за рамки вашего уровня компетенций. Следует научиться уверенно отказываться от приема клиентов, в работе с проблемами которых вы не чувствуете достаточной уверенности. Беседы с другими молодыми специалистами могут продемонстрировать наличие у них аналогичных мыслей, тем самым валидируя вашу неуверенность. Как и клиенты, специалисты могут почувствовать большую уверенность и меньшее одиночество, если узнают, что аналогичные проблемы возникают и у других. Обращение за консультациями к коллегам и супервизорам — отличная практика, особенно для молодых специалистов.

Стресс и тревога

Работа со сложными переживаниями клиентов может вызывать эмоциональные трудности и у самого психотерапевта, особенно если он и так сомневался в себе как профессионале. Но даже уверенные в своей компетентности специалисты периодически переживают стресс и тревогу. Такие эмоции могут в том числе запускаться определенными клиентами или их ситуациями. В разных организациях предлагают разные формы поддержки специалистов. Частная практика для многих начинающих психотерапевтов оказывается весьма напряженной, поскольку не подразумевает возможности разделить тревогу с коллегами или получить консультацию у более опытных специалистов.

Важно отслеживать свой уровень стресса, чтобы он не влиял негативно на вашу работу. В табл. 12.6 описаны меры «первой помощи» для специалистов после проведения кризисных интервенций или работы с критическими состояниями. Кроме этого, с самого начала практики нужно развивать в себе привычку регулярно применять стратегии самопомощи, в том числе касающиеся тайм-менеджмента, а также когнитивной, эмоциональной и поведенческой самопомощи. Вы станете хорошим примером для ролевого моделирования у клиентов, если будете сосредотачиваться на позитивных, а не на негативных аспектах профессиональной жизни. К таковым относятся: удовлетворение от наблюдения за изменениями, происходящими в клиентах; интеллектуальная стимуляция, получение знаний о разных аспектах психотерапии и расстройств поведения, эмоциональная близость психотерапевтических отношений и возможность проявить творческий подход к применению когнитивно-поведенческих интервенций.

Наконец, многим начинающим специалистам свойственны усиливающие тревогу когнитивные искажения: например, персонализация («Отсутствие улучшений у Джейн — моя вина, и она будет на меня злиться») или черно-белое мышление («Если у Эрика сохранятся какие бы то ни было симптомы, добиться улучшений нам не удалось»). Необходимость отслеживать такие мысли и понимать собственные мыслительные искажения очевидна. Крайне важно научиться понимать, на какую ответственность со стороны клиента можно рассчитывать. Лихи (Leahy, 2001) разработал Опросник схем терапевтов, где описаны распространенные среди помогающих специалистов схемы и связанные с ними допущения. К таким схемам относятся потребность в одобрении со стороны клиентов, беспомощность и чрезмерное самопожертвование.

Усталость или выгорание

Некоторые специалисты после работы ощущают себя эмоционально «выжатыми» и замечают появление негативных мыслей о клиентах, в том числе негативных прогнозов вроде «он пытается меня спровоцировать», «она не хочет меняться», «не вкладывается» или «вряд ли сумеет измениться, безнадежный случай». Сложные сессии могут сбивать вас с толку и расстраивать. Испытывать негативные чувства после отдельных сессий нормально, но если такие реакции возникают постоянно, вы можете стать циничными. Если не заботиться о себе и не поддерживать в своей жизни баланс, большая рабочая нагрузка на протяжении длительного времени способна привести к психическому истощению. От возникновения психологических проблем никто не застрахован. Помимо самомониторинга, практик осознанности и применения методов первой психологической помощи, после попадания в кризисные ситуации важно также своевременно обращаться за помощью.

Для снижения стресса и предотвращения выгорания может быть предпринят ряд превентивных мер:

- Принимайте клиентов с разными проблемами разного уровня тяжести.
- Старайтесь составлять свое расписание так, чтобы сложные клиенты не шли друг за другом в конце дня. Иначе после таких консультаций вам будет сложно получить поддержку или обратиться за советом к коллегам.

- Будьте реалистичны в оценке того, с чем вы способны справиться.
- Осознавайте и оспаривайте собственные мыслительные искажения в отношении клиентов.
- Обязательно варьируйте виды активности в течение рабочей недели, включая время на заполнение бумаг, чтение, консультации с коллегами и обеденные перерывы.
- Регулярно участвуйте в обучающих мероприятиях: мастер-классах, интервизиях, конференциях.
- Учитесь проявлять ассертивность с супервизорами, студентами, клиентами и другими людьми, которым уделяете свое время и силы.
- Проявляйте ассертивность в общении с супервизором и руководителем при обсуждении вашей рабочей нагрузки.
- Обязательно используйте практики самопомощи: регулярно занимайтесь спортом, заботьтесь о себе, уделяйте время хобби, социальной активности, отдыхайте.

СЛОЖНОСТИ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕРАПЕВТИЧЕСКИМИ ОТНОШЕНИЯМИ

Проблемы с терапевтическими отношениями касаются и клиентов, и психотерапевтов. Некоторые сложности, которые мы обсудили выше, способны привести к возникновению проблем с терапевтическими отношениями или альянсом. Например, постоянное активное неприятие модели терапии и агрессивное поведение клиента в отношении терапевта может вызвать у специалиста чувство бессилия и спровоцировать негативную реакцию. Может возникнуть и разрыв терапевтического альянса (см. главу 4). В когнитивно-поведенческой терапии часто возникают проблемы с избеганием, особенно со стороны клиента; однако оно может наблюдаться и со стороны терапевта (см. главу 7).

Не всем клиентам удастся разрешить возникшие сложности, не все достигают улучшений, даже пройдя полноценный курс когнитивно-поведенческой терапии. В редких случаях состояние клиента даже ухудшается. Многие посещают лишь несколько сессий, после чего бросают психотерапию. Около 20 % клиентов завершают лечение преждевременно и без консультации со специалистом (Swift & Greenberg, 2012). Впрочем, некоторые из них (если с ними кто-то связывается и задает соответствующий вопрос) сообщают об удовлетворенности полученны-

ми результатами. Ни один вид терапии не гарантирует стопроцентного результата. Хотя большинство клиентов будут удовлетворены итогами работы с вами, кто-то не получит желаемого.

Положительная информация в СМИ и растущая доказательная база когнитивно-поведенческой терапии способствуют формированию более позитивных ожиданий как у клиентов, так и у психотерапевтов. И хотя рост ожиданий обычно связан с улучшением результатов, некоторые прогнозы касательно возможных эффектов терапии могут оказаться нереалистичными (см. врезку «Мифы о когнитивно-поведенческой терапии» в главе 13). Всем терапевтам приходится справляться с собственными ожиданиями — в отношении самих себя и результатов терапии. И хотя для нас совершенно естественно делать прогнозы, следует помнить, что они могут оказаться неверными. Зачастую ожидания терапевтов выше, чем ожидания клиентов. Помните: исследования результативности того или иного лечения основаны на опыте среднестатистического клиента или описывают процент людей, достигших улучшений. Эти результаты можно экстраполировать на собственную клиническую практику, но в большинстве случаев такое обобщение будет примерным. Опыт работы с реальными клиентами, особенно теми, кто сталкивается с многочисленными проблемами или живет в сложных обстоятельствах, может научить скромности в отношении прогнозируемых результатов. Учитесь принимать неопределенность и неоднозначность.

Иногда клиенты возвращаются в терапию — после как неуспешного, так и успешного лечения. В психодинамическом подходе финальную фазу успешной терапии принято называть *прекращением* (Ellman, 2008). Большинство систем высокоспециализированной психологической помощи исторически выстроены в соответствии с психодинамической моделью, поэтому используют данный термин. Во многих системах повторное обращение в программы, предполагающие госпитализацию или амбулаторное наблюдение, воспринимается как признак рецидива и очередная необходимость выделять средства из бюджета организации. Мы считаем, что повторное обращение за психотерапией не всегда демонстрирует несостоятельность прежнего опыта клиента. Многие люди говорят, что решили снова работать со специалистом, потому что терапия им помогла, они чувствовали себя с консультантом комфортно и надеются снова получить необходимую помощь. Такое возвращение довольного клиента — показатель скорее успеха, чем поражения. Подробнее вопросы, связанные с завершением терапии и предотвращением рецидивов, мы рассмотрели в главе 11.

СЛОЖНОСТИ, ВОЗНИКАЮЩИЕ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ТЕРАПИИ

Психотерапия осуществляется в контексте жизни клиента и специалиста, а также в контексте организации, на базе которой проходят консультации. Жизнь не останавливается после обращения клиента за помощью. Разные неожиданно возникающие стрессоры могут повлиять на исход терапии, партнер клиента может уйти или умереть; сам клиент может потерять работу, попасть в серьезную аварию, узнать об опасном заболевании. Например, город, в котором живут авторы этой книги, однажды пострадал от крупного наводнения, и его последствия долго ощущались жителями, а жизнь некоторых людей изменилась навсегда. События, влияющие на лечение, могут быть в том числе позитивными, иногда они происходят во многом благодаря психотерапии.

Если в жизни вашего клиента произойдут серьезные изменения, цели терапии тоже могут измениться и временно сосредоточиться вокруг произошедшего. Иногда требуется направить клиента к другим специалистам, например, работающим с острым горем или дающим семейные консультации. Вам как когнитивно-поведенческому психотерапевту полезно быть в курсе разных услуг, доступных вашим клиентам. Лучше иметь под рукой регулярно обновляемый список экстренных служб и ресурсов. Это могут быть службы, выделяющие нуждающимся еду и финансовую помощь; социальные организации для детей, транспортные службы, организации здравоохранения, службы по поиску жилья и кризисные центры. Конечно, когнитивно-поведенческая терапия не поможет клиенту решить проблемы с неудовлетворением его базовых потребностей в связи с какими-либо внешними факторами. Иногда люди стесняются своих условий проживания. В таком случае ваша задача — минимизация чувства стыда, чтобы клиент мог поделиться с вами переживаниями, а вы — помочь ему получить доступ к необходимой помощи.

Сложности порой возникают и в вашей жизни. Организация или система, в которой вы работаете, может не получить финансирование или изменить статус. У вас могут заболеть родители, вашему партнеру — потребоваться госпитализация и интенсивный уход. Будьте открыты и честны с клиентами и коллегами относительно подобных событий. Если из-за происходящего в вашей жизни терапию придется изменить, отложить или прекратить, постарайтесь найти коллегу с похожим профессиональным мировоззрением, которому можно передать клиентов — с минимальными негативными последствиями для проделанной вами работы.

Глава 13

ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КОНТЕКСТ КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

В данной главе мы обсудим исследования, на которых основана когнитивно-поведенческая терапия. Рассмотрим направления, позволяющие провести параллели между наукой и практикой, а затем — два основных из них, в которых эта связь очевидна уже сегодня. Во-первых, мы сделаем обзор публикаций об исследованиях факторов, влияющих на результаты психотерапии со стороны клиентов и специалистов. Во-вторых, приведем доказательную базу отдельных интервенций, а также покажем их связь с результатами терапии. По нашему мнению, оба аспекта крайне важны для построения оптимальной когнитивно-поведенческой психотерапевтической практики.

В главе 1 мы использовали метафору выстраивания моста. Понятно, что психотерапевтическая практика основана и на результатах исследований, и на клиническом опыте, или, как иногда говорят, объединяет искусство и науку. В идеале по мосту между ними должна быть проложена укрепленная многополосная трасса для активного движения. Однако во многих областях этот мост пока скорее веревочный и навесной, лишь изредка по нему проходят одинокие путники. В некоторых сферах проложена неплохая дорога, но если присмотреться, она построена на слабых опорах. Иными словами, есть сферы, где доказательная база разработана достаточно, чтобы поддерживать практику, и практика вносит большой вклад в расширение исследуемых тем. В других вопросах практика опирается на исследовательскую базу ограниченно или не позволяет выдвинуть доступные для проверки исследовательские гипотезы.

В этой главе мы обобщим информацию, известную на сегодняшний день о доказательной базе когнитивно-поведенческой терапии. Сосредоточимся на двух главных направлениях исследований. Первое связано с межличностными аспектами терапии и важными открытиями, сделанными в плане влияния отношений на ее результат. Второе касается изучения отдельных техник или интервенций, а также их связи с итоговыми результатами. Мы не проводили исчерпывающий анализ, отчасти потому, что исследовательская база растет очень быстро (см. рис. 1.1 в главе 1). Нам хотелось сформировать у читателя представление об актуальных исследованиях и дать источники для дальнейшего поиска информации тем, кому это интересно.

МИФЫ О КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

«КПТ — лучшее решение почти любых проблем».

«Мой врач сказал, что благодаря КПТ я справлюсь с любыми эмоциональными сложностями».

Слишком оптимистичные описания могут привести к формированию нереалистичных ожиданий и снижению доверия к методу. Хотя результаты многочисленных исследований демонстрируют эффективность когнитивно-поведенческой терапии (см. табл. 13.3, приложение Б), со сверхобобщающими выводами лучше быть осторожнее. Во многих случаях эффективность психотерапии сравнивается с изменением состояния клиентов, находящихся в Листе ожидания или проходящих обычное лечение (часто представляющее собой минималистичные интервенции). В большинстве ситуаций эффекты, полученные от когнитивно-поведенческой терапии, превосходят эффекты минимальных вмешательств; тем не менее это не позволяет судить о превосходстве метода над альтернативными вариантами. Сравнение КПТ с другими активными терапевтическими вмешательствами проводить сложнее, однако они позволяют получить более показательные данные. Подобные исследования зачастую демонстрируют сопоставимую эффективность когнитивно-поведенческой терапии и иных подходов (хотя есть и важные исключения). Наконец, обычно, кроме КПТ, клиент получает комплекс других вспомогательных мер, и все основывается на поддерживающих терапевтических отношениях и крепком терапевтическом альянсе с консультантом.

Разобрать когнитивно-поведенческую терапию на активные компоненты — трудная, но важная задача. Результаты исследований, изученные в процессе подготовки этого текста (см. табл. 13.3), показывают: КПТ является терапией выбора для лечения нарушений сна, тревожных расстройств

(в том числе панического), обсессивно-компульсивного расстройства, социальной тревожности и посттравматического стрессового расстройства, а также изолированных фобий. В работе с такими распространенными проблемами, как большое депрессивное расстройство и зависимости, результативность разных подходов примерно сопоставима. Кроме того, важно не только знать, что КПТ работает для определенных состояний, но и понимать, какие ее компоненты определяют успех.

Хотя об этом еще ведутся споры, защитники других моделей утверждают, что различия между терапевтическими моделями слабо влияют на результат. Так, согласно одному исследованию (Castonguay & Beutler, 2006), различия между терапиями отвечают не более чем за 10 % вариативности достигаемых изменений. Многие критики направлений психотерапии, сосредоточенных на конкретных техниках, настаивают: главным фактором изменений являются терапевтические отношения. Однако авторы данного исследования утверждают, что их вклад в результат примерно такой же, как у техник.

Вероятно, иные факторы, связанные с личностью психотерапевта и отношениями по отдельности, отвечают менее чем за 10 % изменений, происходящих в терапии. Очевидно, мы до сих пор не полностью понимаем суть процесса терапевтических изменений и взаимодействия участвующих в нем переменных. Как было отмечено ранее в этой книге, терапевтический альянс, сотрудничество и другие факторы отношений считаются предикторами результатов терапии, отделить их от терапевтического подхода в буквальном смысле невозможно.

Как мы говорили ранее, многие проблемы не решаются быстро. И хотя в результате прохождения психотерапии можно за относительно короткий срок добиться снижения симптоматики и освоить новые навыки, хронические, межличностные и многофакторные проблемы, скорее всего, потребуют более долгосрочного вмешательства. Поэтому долгосрочную терапию рекомендуют клиентам, сложности которых многочисленны или носят хроническую форму. Если лечение не приносит результатов, скорее всего, нужно пробовать другие подходы или новую концептуализацию.

Когнитивно-поведенческая терапия не решает все проблемы на свете, кроме того, полезно всегда иметь в виду возможность применения других, непсихотерапевтических подходов к лечению. К ним относятся трудовая терапия — для проблем, связанных с работой; физиотерапия — для физических сложностей и работы с болью, обращение к религиозным деятелям с экзистенциальными или духовными проблемами; консультирование, направленное на переживание горя, связанного с утратой; обращение к финансовым консультантам по поводу экономических проблем;

получение социальной поддержки в группах самопомощи; употребление медикаментов для контроля симптоматики. Находясь в позиции психотерапевтов, мы можем терять из виду базовые проблемы клиентов, например отсутствие достойных жилищных условий или финансовых ресурсов. Если клиенту требуется помощь в подобных вопросах, необходимо обращаться в жилищные, финансовые, транспортные организации и делать это в качестве основного способа разрешения сложностей либо до последующего обращения за психотерапевтической помощью. Сами когнитивно-поведенческие психотерапевты должны относиться к своей работе с должной скромностью и критичностью, уважением к клиентам и представителям других направлений.

Порой сложно признать, что не все проблемы решаемы и что у некоторых клиентов, прошедших когнитивно-поведенческую терапию, сохраняются серьезные симптомы. Примерно треть клиентов с депрессией не достигают ремиссии, причем некоторые живут с резистентными к лечению симптомами, доставляющими им серьезные страдания. Мы как клинические специалисты и исследователи должны искать системные решения проблемы этих людей, в том числе, если потребуется, и альтернативные ресурсы и виды терапии.

ГЛОБАЛЬНАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Давно ведутся дебаты о том, какой процент клинических результатов воздействию каких факторов можно приписать. Выстраиваются они вокруг обсуждения межличностных или, как их еще называют, неспецифических факторов (DeRubeis, Brotman, & Gibbons, 2005), не связанных с какой-либо терапевтической моделью, и обнаруживаются в большинстве форм психотерапии, а также вокруг используемых в конкретных подходах техник и методов (Wampold, 2005). Оценки зависимости вариативности результатов терапии от этих факторов существенно различаются. Такая вариативность свидетельствует в пользу того, что имеющиеся в нашем распоряжении данные неоднозначны и интерпретировать их можно по-разному. Можно поставить под сомнение актуальность этого обсуждения: как если бы мы спорили о том, что позволяет человеку ходить — скелет, нервная система или мускулатура. Каждый из этих факторов необходим, но недостаточен. Мы считаем, что ситуация с психотерапией такая же. И клиент, и специалист привносят в процесс свои уникальные качества и личную историю, пытаются вместе решить обозначенные проблемы. И процесс этот зависит от клиента и психотерапевта как отдельных индивидов, но

важную роль играет и развитие эффективных отношений, и своевременное использование подходящих терапевтических методов. Каждый из этих элементов необходим, но недостаточен. С практической точки зрения когнитивно-поведенческая терапия подразумевает и установление терапевтических отношений, и набор конкретных действий или интервенций, причем одно без другого существовать не может.

Значение данного обсуждения определяется необходимостью понимать относительное влияние на клинический результат клиента, психотерапевта, их отношений и используемых техник. Однако нельзя добиться этого понимания, просто определив характеристики среднестатистического или типичного клиента. Так как ни один живой человек не подойдет под описание «типичного клиента», необходимость переводить результаты исследований на язык конкретных клинических решений всегда сохраняется. Ниже мы вернемся к обсуждению этого вопроса, а пока изучим, что говорят исследования об этих четырех факторах (рис. 13.1).



Рис. 13.1. Концептуальная модель факторов, связанных с клиническими результатами

Результаты терапии и факторы, связанные с клиентом

Прежде чем мы перейдем к обсуждению данных об отношении между клиническими результатами и различиями, связанными с личностью клиента, хотелось бы обратить внимание на методологию посвященных этому вопросу исследований. В большинстве случаев в подобных исследованиях изучаются характеристики клиента (переменные), существовавшие и до вмешательства, затем оценивается их соответствие вариациям клинических результатов, часто с использованием корреляционных методов. Иногда вариативность этих переменных очень высока, но во многих исследованиях психотерапии она искусственно ограничивается. Ограничения связаны с использованием критериев включения и исключения кандидатов из исследований, работой в специализированных клиниках, где такие исследования и проводятся, даже с предпочтениями специалистов при выборе определенных типов клиентов. Так, большое количество исследований, посвященных изучению отношения клинических результатов и факторов, связанных с клиентами, осуществляется в контексте контролируемых исследований психотерапии, атмосфера которых сама по себе потенциально способна влиять на наблюдаемые отношения. Все ограничения вариативности со стороны клиентов представляют собой ограничение размаха выборки и связаны с трудностями в демонстрации отношений, интересующих ученых. Так, невозможно исследовать отношение религиозных убеждений и результатов психотерапии, если все участники вашего исследования — христиане или представители любой другой конфессии.

Еще один эффект ограничения допустимых характеристик клиентов в исследованиях, даже если их результаты отличные, — невозможность предсказать, сможет ли то же самое лечение быть эффективно использовано в работе с людьми, имеющими другие характеристики. Поэтому многие исследователи предупреждают читателей об ограничениях выборки, использованной при подготовке конкретного текста, и призывают проводить дополнительные исследования для изучения генерализуемости полученных результатов. Хотя подобные оговорки гарантируют наличие рабочих мест для исследователей психотерапии в будущем, они мало помогают клиническим специалистам, которым необходимо понять, применять ли тот или иной метод для работы с реальными клиентами.

Кроме того, задача соотнесения переменных, связанных с особенностями клиентов и результатами лечения, осложняется различиями в качестве этих переменных: они могут быть дискретными (например гендер, семейное положение, диагностический статус) или непрерывными (например возраст, различные черты и измерения личности), а значит, для анализа связей между такими характеристиками и результатом терапии придется применять разные статистические методы. Более того, хотя в большинстве исследований изучаются корреляции или отношения между отдельными переменным со стороны клиентов и конкретными измерениями результатов, есть необходимость применять более сложные модели анализа. Так, существуют статистические методы, позволяющие одновременно изучать связь нескольких клиентских переменных как возможных предикторов результата — клинический результат рассматривается как многомерный феномен. Иными словами, изучение некоторых сложных форм возможной связи клинических результатов и особенностей клиентов началось лишь недавно.

Принимая во внимание все вышесказанное, мы можем обобщить имеющиеся на сегодня представления о том, как особенности клиентов связаны с результатами психотерапии. Хэйби, Доннели, Корри и Вос (Haby, Donnelly, Corry & Vos, 2006) сделали систематический обзор публикаций, посвященных отношениям между рядом факторов и результатом (который тоже определялся по-разному) в когнитивно-поведенческой терапии большого депрессивного расстройства, панического расстройства и генерализованного тревожного расстройства. Основываясь на результатах 33 контролируемых клинических исследований, они пришли к выводу, что тип расстройства не влиял на эффект терапии, потому что полученные результаты оказались примерно одинаковыми, независимо от заявленной проблемы. Однако было выделено два других фактора со стороны клиента, которые оказались связаны с результатом:

1) «национальность» исследования; в англоговорящих странах наблюдались более значимые эффекты, чем в неанглоговорящих (впрочем, важно отметить, что данная переменная относится не только к клиентам, а также что количество исследований на неанглоговорящих выборках было меньше);

2) взаимосвязь между более высоким уровнем исходных проблем клиентов и более слабыми результатами терапии.

В исследовании предикторов результата в КПТ депрессии (Hamilton & Dobson, 2001) удалось выяснить, что тяжесть состояния клиента связана с результатами, но был выявлен и другой фактор: клиенты с большим количеством пережитых эпизодов депрессии (хроническими состояниями) также добивались меньших результатов — по сравнению с клиентами, пережившими меньше эпизодов. Саатси, Харди и Кэйхилл (Saatsi, Hardy & Cahill, 2007) обнаружили, что клиенты с более надежными стилями привязанности демонстрировали и лучшие результаты в КПТ депрессии.

В большом обзоре исследований по теме связанных с результатами клиентских переменных (Castonguay & Beutler, 2006; не в контексте исключительно когнитивно-поведенческой терапии) был выявлен ряд особенностей, связанных с более низкими результатами. В их число попали более высокий уровень нарушения функций, наличие расстройства личности, а также финансовых и/или профессиональных трудностей. Более того, при лечении дисфорических расстройств наблюдалась связь между снижением результатов и увеличением возраста клиента, а также его расовым статусом и принадлежностью к этническим и другим меньшинствам. Кроме того, было обнаружено, что совпадение этнического/расового статуса клиента и терапевта и их принадлежность к одному меньшинству связано со снижением показателей преждевременного отказа от лечения и улучшением результатов терапии для клиентов с дисфорией, а также что подходы, не провоцировавшие сопротивление (или построенные на сотрудничестве), приносили лучшие результаты.

В табл. 13.1 собраны предикторы позитивных результатов когнитивно-поведенческой терапии, считающиеся относительно изученными. К ним относится меньшая тяжесть и менее хроническая природа проблемы, отсутствие расстройств личности в анамнезе, позитивные ожидания от терапии. И хотя первые три фактора можно считать факторами отбора, то есть в соответствии с ними можно брать (или не брать) клиента в работу, то повлиять на них до начала терапии нельзя. В то же время ожидания клиента, скорее всего, состоят из ряда позитивных и негативных отношений, а также некоторых знаний и представлений о вас как о специалисте и о методе, в котором вы работаете. Эти элементы поддаются модификации, в частности, на начальном этапе работы с клиентом и представления ему когнитивно-поведенческой модели (см. главу 4).

Таблица 13.1. Особенности клиентов, связанные с улучшением результатов лечения

Общие	Специфические
<ul style="list-style-type: none"> ● Менее тяжелые проблемы ● Менее хронические состояния ● Меньшее количество проблем, отсутствие коморбидности ● Отсутствие расстройств личности ● Позитивные ожидания от терапии 	<ul style="list-style-type: none"> ● Более молодой возраст (для дисфорических расстройств) ● Отсутствие принадлежности к этническим/расовым и другим меньшинствам (для дисфорических расстройств) ● Соответствие расового или этнического статуса клиента и специалиста (для дисфорических расстройств) ● Назначение лечения, снижающего сопротивление клиента (для дисфорических расстройств)

Результаты терапии и факторы, связанные с психотерапевтом

В когнитивно-поведенческой терапии факторы, связанные с влиянием на процесс конкретного консультанта, изучены недостаточно. Обзор (Naby et al., 2006) предикторов результата показал, что КПТ, проведенная «психологами», давала лучшие результаты, чем КПТ, проведенная «терапевтами»; при этом авторы публикации обращали внимание, что исследований деятельности типичных терапевтов было мало и, кроме того, в них зачастую не описывалось, какую подготовку прошли специалисты.

Вероятно, для кого-то это станет неожиданностью, но в той же работе сообщалось, что объем подготовки психотерапевтов не был связан с результатами лечения. Аналогичные наблюдения публиковались ранее (например, Jacobson et al., 1996): зачастую не выявлена сильная связь между обучением психотерапевта, его компетентностью и клиническими результатами. Однако эти результаты перестают быть настолько удивительными, если принять во внимание тот факт, что многие рассматриваемые в этих исследованиях данные получены в результате рандомизированных клинических исследований, участие в которых обычно принимают специалисты, прошедшие качественную подготовку и работающие под наблюдением супервизора. Поэтому, хотя уровень компетентности таких специалистов высок, ее охват относительно

ограничен, поэтому выявлять корреляции может быть сложнее, чем если бы переменные варьировались сильнее.

Как отмечал Ламберт (Lambert, 2005), довольно мало исследований систематически изучали результаты работы молодых и опытных психотерапевтов, влияние подготовки и приверженности лечению, а также компетентности на результат терапии (см. также McGlinchey & Dobson, 2003). В качестве исключения можно выделить одно исследование (Bright, Baker & Neimeyer, 1999), где сравнивалась работа профессионалов или парапрофессионалов в проведении КПТ и терапевтических групп взаимной поддержки для клиентов с депрессией. Хотя существенных различий в краткосрочных эффектах в случае КПТ по результатам традиционного статистического анализа выявлено не было, клиническая значимость результатов оказалась выше у профессиональных психотерапевтов. В данной сфере нужно проводить дальнейшие исследования.

Факторы отношений, работающие в когнитивно-поведенческой терапии

Большое количество исследований посвящено изучению отношений клиента и психотерапевта и их влияния на результат лечения. Большинство подобных публикаций создавались в контексте моделей лечения, в которых сделан упор на взаимодействие как на главный аспект лечения (например, в психодинамических или экспериенциальных терапиях; Norcross, 2002; Teyber, 2000; Yalom & Leszcz, 2005). Так возник миф о том, что когнитивно-поведенческие специалисты не уделяют внимания этим факторам, целиком и полностью сосредотачиваясь на терапевтических техниках. Однако на самом деле когнитивно-поведенческие специалисты прекрасно понимают, что психотерапия осуществляется в «котле» межличностных отношений; тем не менее они считают, что используемые техники вносят важный вклад в итоговый результат.

Большинство руководств по когнитивно-поведенческой терапии затрагивают вопрос выстраивания оптимальных терапевтических отношений. Зачастую в таких пособиях говорится, что специалисту следует быть сострадательным, эмпатическим, заботливым и уважительным, иметь развитые социальные навыки, в том числе уметь вовлекать клиента в терапевтический процесс, устанавливать общие и цели и идти к ним, давать клиенту необходимую обратную связь, обучать навыкам,

предвидеть возможные трудности в отношениях и разрешать их. И хотя исследователи когнитивно-поведенческой терапии чаще сосредотачиваются на определении эффективности лечения для разных расстройств и меньше времени уделяют изучению отношений как фактору эффективности, на этом основании нельзя делать вывод о том, что данным аспектом в КПТ пренебрегают. Например, в Шкале оценки когнитивной терапии (Young & Beck, 1980) — наиболее часто используемом средстве оценки компетентности специалиста — есть ряд вопросов, касающихся терапевтических отношений и влияющих на них качеств специалиста. Кроме того, разные факторы терапевтических отношений в КПТ изучаются прямо сейчас, уже существует обширная база публикаций на эту тему (Kazantzis et al., публикуется).

Опять же стоит отдельно обсудить методы, применяемые в исследованиях отношений как фактор эффективности психотерапии. В некоторых случаях используемая методология напоминает описанную выше (когда мы обсуждали факторы, связанные с особенностями клиентов): некоторые качества психотерапевтов оцениваются до начала лечения, а затем выявляются их корреляции и другие взаимоотношения с каким-либо аспектами полученных результатов. Таким образом можно выявить корреляции результатов с разными переменными, например возрастом специалиста или длительностью практики. Подобные исследования относительно легко провести, но зачастую они не позволяют выявить предикторы результатов терапии.

В других исследованиях с результатами сопоставляются оценки, сделанные психотерапевтами и/или клиентами по ходу терапии. Данный тип исследования является более сложным, потому что ранние изменения, переживаемые в терапии, могут влиять на восприятие терапевтического процесса и другого человека, со стороны как психотерапевта, так и клиента. Этот вопрос стоит особенно остро, если оценки терапевта и клиента собираются на более поздних этапах терапии. Например, если вы предложите специалистам после первой сессии сформулировать предположение о том, каких результатов удастся добиться конкретному клиенту, по сути, они смогут только гадать. Однако если задать тот же вопрос после пятой сессии, у них уже будет опыт взаимодействия и первые успехи после нескольких сессий, ориентируясь на которые можно делать более обоснованные предположения.

Чтобы не путать результаты терапии и восприятие процесса специалистом и клиентом, некоторые исследователи используют внешнюю оценку сессий. Такая стратегия позволяет устранить вероятные искаже-

ния со стороны психотерапевта и клиента, а также объективнее оценить процесс психотерапии. Тем не менее использование этого подхода тоже связано с рядом трудностей. В частности, для проведения оценки нужны конкретные определения объектов оценивания; оценивающие лица должны обладать достаточным опытом относительно этих конструктов, чтобы знать, на что обращать внимание. Показателем правильности таких оценок является согласие между независимыми оценивающими лицами; однако в целом ряде исследований возникали трудности с достижением надежности по этому фактору. Таким образом, можно заключить, что некоторые из исследуемых конструктов трудноуловимы или, по крайней мере, слабо поддаются измерению. Другая проблема, связанная с данной процедурой, заключается в том, что оценка сессии отдельно от остального лечения лишает ее контекста. Оценивающему сложно понять, что происходило до текущей сессии и в каком направлении следует терапевтический процесс, поэтому ему приходится выстраивать свои оценки на собственных допущениях.

Еще одна проблема с независимой оценкой сессий касается содержания того, что оценивается. Некоторых исследователей интересуют конкретные поведенческие проявления. Обычно оценку отдельных форм поведения (например, сколько раз терапевт сказал «я согласен») проводить легче, чем оценку более широких категорий или характеристик терапевтического взаимодействия (например, насколько терапевт эмпатичен). Кроме того, есть исследователи, которым важен процесс терапии и такие его аспекты, как эмпатия, сотрудничество, сократовский диалог или реакция специалиста на ситуации, подрывающие отношения.

Другие исследователи, заинтересованные в изучении самих измерений психотерапии, сосредотачиваются на оценке *целостности* (McGlinchey & Dobson, 2003). При этом обычно рассматриваются два аспекта — *приверженность лечению* и *терапевтическая компетентность*. Под приверженностью лечению понимается степень следования специалистом определенной терапевтической модели и воспроизводства интервенций, соответствующих выбранному подходу, а также отказ от использования методов из других моделей. Например, использование экспозиции в работе с социальной тревожностью в контексте когнитивно-поведенческой терапии будет считаться проявлением высокой приверженности, тогда как интерпретация сновидений о сложных отношениях получит, наоборот, низкую оценку по этому критерию. Компетентность основана на приверженности и подразумевает качественное и своевременное применение соответствующих методу интервенций с опорой на алгоритм, определяющий оптимальные для конкретного

клиента на конкретном этапе терапии методы. Следовательно, психотерапевт может демонстрировать высокую приверженность лечению и низкую компетентность или низкую приверженность и низкую компетентность. Например, когнитивно-поведенческий психотерапевт может предлагать клиенту соответствующий подходу экспозиционный метод устранения социальной тревожности, но не проявлять достаточной компетентности в его подготовке к этому опыту, в результате чего клиент испытает стыд и переживет неудачу. Практика показывает, что достичь надежности внешних оценок проще в отношении приверженности лечению, чем компетентности.

Также важно отметить, что взгляды исследователей, изучающих терапевтический процесс, в некоторой степени отражают их убеждения относительно ключевых аспектов терапии и часто подкрепляют эти схемы. Исследователи, которые сосредотачиваются на неспецифических или общих аспектах психотерапевтического процесса, обычно поддерживают эклектическую терапевтическую практику и придерживаются позиции, что результаты психотерапии по большей части связаны с влиянием именно этих факторов (Lambert & Barley, 2002; Norcross & Lambert, 2011a; Teuber, 2000). Исследователи, которые выделяют специфические компоненты лечения и исследуют аспекты целостности терапии, считают их более важными для достижения оптимальных результатов (DeRubeis et al., 2005). Вторая группа исследователей, кроме того, чаще проводит рандомизированные клинические исследования, в которых результаты применения одного типа терапии сравниваются с результатами применения другого с целью определить лучший или оптимальный подход к лечению конкретного расстройства; причем лучшим считается тот, у которого более значимые клинические результаты и снижены симптомы.

Имеющие доказательную базу переменные, связанные с процессом

Описанные выше дискуссии демонстрируют сложности, возникающие при изучении процесса психотерапии, разные подходы и методологии, используемые для решения этих вопросов, а также влияние исследовательского процесса на подкрепление убеждений о влиянии разных аспектов на итоги психотерапии. Если мы сойдемся на том, что эти вопросы важны для психотерапии, что на данный момент дадут нам исследования? В общем и целом, среди характеристик психотерапевтов,

связанных с позитивными результатами, присутствует высокий уровень эмпатии, аутентичности, заботы и теплоты (Castonguay & Beutler, 2006; see also Josefowitz & Myran, 2005). У специалистов с более высокими результатами чаще встречается безопасный стиль привязанности в отношениях с другими; они способны демонстрировать позитивное отношение к клиентам, даже когда нужно бросать вызов некоторым их мыслям или формам поведения. Существуют и доказательства того, что более эффективные терапевты способны к месту применять самораскрытие, хотя обычно в терапии это происходит редко (Goldfried et al., 2003; Hill & Knoch, 2002).

Опубликованы также исследования разных межличностных аспектов терапевтического процесса, которые связывают с клиническими результатами. Созданная АРА Рабочая группа по изучению доказательных терапевтических отношений, опубликовала работу (Norcross & Lambert, 2011a; Norcross & Wampold, 2011), в которой обобщены выводы о связях аспектов отношений и результатов лечения (см. табл. 13.2). Вне зависимости от подхода, позитивное влияние на результат оказывало терапевтическое сотрудничество или так называемый прочный *терапевтический альянс*. Концепция *совместного эмпиризма*, которую называют целью качественной когнитивно-поведенческой терапии, соответствует принципу развития и поддержки прочных рабочих отношений, хотя и с добавлением эмпиризма (обзор см. Kazantzis et al., in press; Keijsers et al., 2000).

Таблица 13.2. Факторы психотерапевтических отношений, влияющие на результат

Сила доказательной базы	Элементы отношений
Явно эффективна	<ul style="list-style-type: none"> ● Альянс в индивидуальной психотерапии ● Альянс в психотерапии молодежи ● Альянс в семейной терапии ● Сплоченность в групповой терапии ● Эмпатия ● Сбор обратной связи от клиента
Возможно эффективна	<ul style="list-style-type: none"> ● Консенсус в отношении целей ● Сотрудничество ● Позитивное отношение
Многообещающая, но пока недостаточно доказательств	<ul style="list-style-type: none"> ● Конгруэнтность/искренность ● Умение справляться с нарушениями альянса ● Управление контрпереносом

Примечание. Norcross and Wampold (2011). Copyright © 2011 American Psychological Association. Опубликовано с согласия правообладателя.

Кроме того, видимо, способность формулировать общие цели и работать над их достижением помогает добиваться терапевтических успехов. Эта идея согласуется с основами когнитивно-поведенческой терапии, так как важной частью начальных этапов работы в данном направлении является формулирование четких и принимаемых обеими сторонами терапевтических целей, в идеале определенных совместно и с учетом прямой обратной связи от клиента относительно того, что является и что не является полезным. Как показывают исследования, психотерапевты, способные демонстрировать позитивное отношение к клиентам, отражать их эмоциональное состояние и страдания, а также действовать последовательно, добиваются лучших результатов.

Кроме того, есть основания полагать (правда, доказательств по этому вопросу собрано меньше, чем по остальным, разобранным выше), что для достижения максимального успеха лечения важно отслеживать и справляться с ситуациями, подрывающими терапевтические отношения. Хотя можно возразить, что идеальных терапевтических отношений не существует в природе, специалистам нужно внимательно относиться к подобным ситуациям и разрешать их по мере возникновения (Leahy, 2003). Наконец, есть данные в пользу того, что эффективные специалисты распознают и реагируют на аффект, возникающий по поводу и в рамках терапевтических отношений (в контексте психоаналитической теории его еще называют *переносом* и *контрпереносом*; Gelso & Hayes, 2002). Хотя нам неизвестно о публикациях, в которых данный вопрос изучался бы напрямую, сложности в межличностных отношениях (например, сопротивление) исследовали в контексте КПТ (Leahy, 2001). Подобные сложности также разбирались в клиническом контексте в рамках когнитивного подхода (J. S. Beck, 2005).

Интересно обратить внимание и на развивающуюся область исследований, посвященную неэффективным, а точнее — негативно влияющим на результаты терапии факторам отношений (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010). Враждебные, отвергающие или направленные на конфронтацию комментарии психотерапевта, использование допущений (а не вопросов об опыте клиента), ригидное структурирование терапии и использование универсальной схемы лечения для всех обычно связаны с негативными результатами (Norcross & Wampold, 2011). Мы не рекомендуем читателям этой книги придерживаться таких стилей в отношениях с клиентами!

Некоторые важные элементы когнитивно-поведенческой терапии также исследовались в контексте их связи с результатами лечения. К ним относятся: домашние задания, роль общих и специфических

техник, а также тема внезапных изменений. Каждый из этих вопросов мы кратко обсудим далее.

Домашние задания

В основе когнитивно-поведенческой терапии лежит необходимость трансформировать произошедшие на сессии обсуждения в задания, которые выполняются между сессиями. К таким заданиям относится дальнейшая оценка сложностей или вопросов, возникших в ходе терапии, и задания, ориентированные на достижение изменений; причем считается, что терапевтические трансформации происходят с клиентом между сессиями в той же степени (или даже активнее), что и на консультациях. Исследования подтверждают: выполнение домашних заданий, особенно в начале терапии, является предиктором результативности лечения (Burns & Nolen-Hoeksema, 1991; Dozois, 2010; Kazantzis, Deane & Ronan, 2000; Whisman, 1993). Таким образом, можно предположить, что ключевой аспект терапевтического процесса — выявление способов помочь клиенту перевести слова в действия. Тем не менее требуются дополнительные исследования, посвященные этим аспектам терапевтического процесса (Kazantzis & L'Abate, 2007; Kazantzis et al., 2010).

Общие и специфические техники

Учитывая, какой упор в литературе делается на относительную важность неспецифических или общих техник в психотерапии, по сравнению со специфическими интервенциями, разработанными в рамках конкретных теоретических подходов, неудивительно, что данный вопрос затрагивался и в исследованиях когнитивно-поведенческой терапии. Например, Кастонгуэй, Голдфрид, Визер, Ро и Хэйес (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue, & Hayes, 1996) на выборке из 30 клиентов с депрессией исследовали уникальные и общие факторы, способные предсказать результат. Хотя общие факторы, изученные в рамках этого исследования (терапевтический альянс и эмоциональный опыт клиента), являлись предикторами результата, конкретные когнитивно-поведенческие техники, связанные с сосредоточенной проработкой мыслительных искажений, негативно коррелировали с терапевтическими результатами. Авторы связали полученные итоги с тем, что некоторые терапевты могли слишком полагаться на использование техник и поэтому не уделяли достаточно внимания проблемам, связанным с терапевтическим альянсом.

В отличие от исследования Кастонгуэя и коллег (Castonguay et al., 1996), в двух исследованиях Фрили и Дерубиса изучалось общение и специфические техники когнитивной терапии депрессии. В обеих работах (DeRubeis & Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis & Gelfand, 1999) зафиксировано, что использование специфических техник предсказывало бóльшие результаты, чем общие условия, связанные с терапевтом. Более того, исследователи изучили характеристики терапевтического альянса и обнаружили, что он не предсказывал терапевтические изменения как таковые, а скорее укреплялся лишь после достижения изменений симптоматики. Авторы предположили, что использование в когнитивно-поведенческой терапии специфических техник способствует достижению наибольших изменений симптоматики, а снижение симптоматики, в свою очередь, укрепляет терапевтический альянс. Требуется дальнейшее исследование этих предположений, особенно в отношении других расстройств (см. Vilardaga, Hayes, Atkins, Bresee & Kambiz, 2013; Wolitzky-Taylor, Arch, Rosenfield & Craske, 2012).

Внезапные изменения

Недавнее и в некоторой степени случайное открытие, связанное с процессами когнитивно-поведенческой терапии, показало, что некоторые клиенты не идут по пути плавного и постепенного достижения ремиссии, а скорее переживают внезапные улучшения. Люди, которым удастся добиться таких внезапных улучшений, а затем их удержать, судя по всему, достигают более стабильных изменений, так как демонстрируют более низкую вероятность рецидива (Tang & DeRubeis, 1999; Tang, DeRubeis, Beberman, & Pham, 2005; Tang, DeRubeis, Hollon, Amsterdam, & Shelton, 2007). Причем это касается даже тех, кто по итогам не достигает более масштабных терапевтических изменений по сравнению с другими. Это наблюдение оказалось довольно надежным в отношении депрессии (Hardy et al., 2005), а также тревожных расстройств (Aderka, Nickerson, Voe, & Hofmann, 2012; Present et al., 2008). Тем не менее имеет смысл продолжать исследования этого феномена, в частности, относительно более широкого спектра расстройств. Если данный паттерн более-менее надежно проявится в работе с разными расстройствами, можно будет сделать вывод о существовании особого процесса в когнитивно-поведенческой терапии.

ПОДХОДЫ, КОТОРЫЕ РАБОТАЮТ

Хотя и легко говорить, что КПТ работает, при более подробном рассмотрении все выглядит не так уж просто. В частности, требуют ответов вопросы: в отношении каких проблем эффективна КПТ? Можно ли выделить определенные подгруппы клиентов, для которых этот подход действует лучше или хуже? Какова эффективность данной терапии по сравнению с другими? Какие данные необходимы, чтобы сделать вывод об эффективности психотерапии? Исследования психотерапии превратились в высокоспециализированную область науки. В рамках данной книги мы не ставили перед собой цель подробно обсуждать публикации на эту тему, скорее хотели собрать информацию, достаточную для формирования у читателей осведомленного мнения относительно исследовательской базы КПТ. Поэтому, прежде чем переходить к рассмотрению данных в отношении когнитивно-поведенческой терапии различных расстройств, мы обсудим методы, используемые для оценки терапевтических подходов, эмпирически подкрепленные подходы к психотерапии в целом, а также явление, которое называем «спором о доказательствах».

Методы оценки терапевтических подходов

Как отмечалось выше, исследования психотерапии существенно эволюционировали по сравнению с периодом, когда лечение словом зарождалось. После изобретения психотерапии Фрейд и другие ранние психоаналитики выстраивали модели психопатологии и лечения преимущественно на анализе клинических случаев. «Исследования истерии» Фрейда и Брейера, впервые опубликованные в 1895 году (Breuer, 1957), — классический пример использования клинических случаев для разработки моделей содержания и процессов, связанных с психологическими расстройствами.

Ранние исследования поведения и первые поведенческие модели также были во многом сосредоточены на анализе отдельных случаев (позже такой подход стали называть «методом N=1»). Однако по мере появления более общих моделей исследования психических расстройств стало естественным проводить открытые исследования результативности разных подходов к их лечению. К 1960-м годам стали появляться публикации, в которых использовались контрольные группы, а разные подходы к психологической терапии сравнивались между собой. Посте-

пенно стало возможным обобщить собранные данные с использованием *метаанализа*, предполагающего сопоставление результатов исследований и измерений (Smith & Glass, 1977). Результаты этих исследований демонстрировали общую эффективность психологических подходов к лечению, однако не без оговорок (некоторые психотерапии оказывались эффективнее других, а некоторые расстройства лучше поддавались лечению, чем другие).

К концу 1970-х годов произошли два события, навсегда изменившие эту сферу. Первым стала публикация DSM-III (Американская психиатрическая ассоциация, 1980). В этой версии DSM предлагалась более описательная модель психопатологии, а также модель диагностики, основанная на симптоматике. Так упростилась оценка эффективности лечения конкретных расстройств. Вторым достижением стала разработка руководств к лечению, которые позволили стандартизировать психотерапевтический процесс, а также проводить более точные исследования психотерапии (Luborsky & DeRubeis, 1984). Кроме того, в этих руководствах делался упор на техники, разработанные в рамках конкретных психотерапевтических подходов. И хотя в большинстве публикаций по психотерапии традиционно подчеркивалась роль терапевтических отношений, в руководствах больше внимания уделялось действиям специалиста, совершаемым в контексте этих отношений.

После появления и принятия нового подхода к концептуализации результатов с точки зрения симптомов и диагноза, а также использования руководств по психотерапии, стало неизбежным использование рандомизированных клинических исследований — для сравнения психологических подходов к терапии с отсутствием лечения и другими активными терапиями. Примерно тогда же в психологии и психотерапии началась когнитивная революция, поэтому неудивительно, что на исследования когнитивно-поведенческой терапии выделялись серьезные деньги. Результаты этого подхода к психотерапии были весьма многообещающими, он быстро развивался и занял в психотерапии доминирующую позицию, которую занимает по сей день (Layard & Clark, 2014; Norcross, Hedges, & Prochaska, 2002; Weissman et al., 2006).

Другой феномен, способствовавший укреплению позиции когнитивно-поведенческой терапии, — движение в сторону доказательных практик (Рабочая группа по доказательным практикам Американской психологической ассоциации, 2006; Chambless & Ollendick, 2001). В рамках этого подхода используются критерии, аналогичные применяемым в медицинских клинических исследованиях, что позволяет использовать данные исследований для выделения подходов, отвечающих требова-

ниям эмпирической обоснованности. У данного подхода к оценке доказательной базы психологической терапии есть известные ограничения (Chambless & Ollendick, 2001; Dobson & Dobson, 2006).

Во-первых, в таких исследованиях используется рандомизированное распределение клиентов и упор делается на независимую переменную, то есть исследуемый психотерапевтический подход. Получается, связанные с клиентами переменные воспринимаются как относительно неважные, и клиенты действительно распределяются на ту или иную терапию случайным образом. Во-вторых, в подобных исследованиях используются руководства, ограничивающие гибкость психотерапевтов. Выстроенное по руководствам взаимодействие едва ли точно отражает происходящее в клинической практике. В-третьих, опять же по причине сосредоточенности на интервенциях, в таких исследованиях используются довольно строгие критерии включения в выборку и исключения из нее. В итоге формируются относительно гомогенные выборки, что, в свою очередь, ограничивает генерализуемость полученных результатов на обычную клиническую практику, в которой клиенты зачастую обращаются к специалистам со сложными или многочисленными проблемами.

Несмотря на описанные ограничения, рандомизированные клинические исследования, равно как и использование критериев эмпирической обоснованности психотерапии, важны для определения того, какие подходы хороши для решения каких проблем.

Развитие статистических инструментов для обработки данных тоже сильно повлияло на формирование существующей на сегодняшний день доказательной базы психотерапии. Так, распространение рандомизированных клинических исследований позволило проводить метаанализы для обобщения результатов разных исследований. Однако подобные манипуляции основываются на допущении, что группы клиентов в каждом из анализируемых исследований существенно не различались на момент начала исследования, когда проходили рандомизированное распределение. Метаанализ позволяет напрямую сравнить результаты терапии (обычно в конце определенной стадии) и определить средние значения на основе разных исследований. Заглянув в приложение Б, вы убедитесь, что на сегодняшний день проведено большое количество метаанализов в разных областях когнитивно-поведенческой терапии; существуют даже их обзоры (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012).

Еще один аспект исследований результатов психотерапии, которому хотелось бы уделить внимание, — проверка статистической и клинической значимости. Чтобы определить, действительно ли эффект опреде-

ленной интервенции выше, чем у других, в большинстве исследований используются традиционные модели проверки статистической значимости. Такая проверка крайне полезна в случае, если можно сделать допущение об относительной сопоставимости групп на момент начала исследования; только тогда существенные отличия в результатах исследований могут быть связаны непосредственно с воздействием одной из интервенций. Однако, как уже говорилось, в сравнительном исследовании подходов к лечению можно получить статистически значимый эффект, который тем не менее не будет иметь особой практической значимости. Например, если различия подходов к лечению могут быть измерены очень точно или если в исследовании анализируются данные достаточного большого числа участников, статистическую значимость могут обрести даже минимальные различия.

Учитывая ограничения, действующие для анализа статистической значимости, исследователи разработали метод *оценки клинической значимости* (Jacobson & Truax, 1991). Обычно он позволяет определить соотношение количества прошедших лечение клиентов, которые начинают и завершают участие в исследовании с результатами, соответствующими клиническим критериям конкретных расстройств по определенным шкалам. Например, показатели диагноза на момент начала и завершения лечения могут сопоставляться на предмет их клинической значимости. Или определяется граничный балл (отсечка) по конкретной шкале, в соответствии с которым будут различаться более-менее хорошие результаты, после чего оценивается процент людей, получивших результаты ниже граничного балла.

Хотя оценка клинической значимости способна минимизировать недостатки фокуса исключительно на статистической оценке и хотя на данный момент существует немалое количество примеров исследований, использующих такой подход, фокус на проверке статистической значимости превалирует в исследовательской литературе. Кроме того, метааналитический метод основан на статистических результатах, а не на оценке их клинической значимости. Мы надеемся, что со временем ситуация изменится.

Наконец, следует упомянуть разницу между видами исследуемой эффективности. Исследования эффективности в идеальных условиях (*efficacy*) обычно предполагают взаимодействие с клиентами в специализированных клиниках; выборки клиентов при этом относительно гомогенны, отобраны по строгим критериям включения и исключения; интервенции заранее определены и подробно описаны; специалисты проходят определенную подготовку, их работа контролируется; наконец,

четко обозначены интересующие исследователей результаты. Обычно дизайн таких исследований разрабатывается для максимального увеличения вероятности достичь значимых результатов лечения. В то же время исследования эффективности интервенций в условиях, приближенных к реальной клинической практике (*effectiveness*), обычно проводятся в клиниках, куда попадают клиенты с более сложными и многочисленными проблемами, а качество подготовки специалистов и супервизий может в некоторой степени варьироваться. Такие исследования проводятся гораздо реже, хотя некоторые считают, что они способны принести больше практической пользы, так как в них воссоздаются условия, близкие к реальным. Есть данные исследований эффективности когнитивно-поведенческой терапии при работе с тревожными расстройствами в условиях, приближенных к реальной клинической практике (Stewart & Chambless, 2009; van Ingen, Freiheit, & Vye, 2009); в других областях такие исследования стали бы долгожданным дополнением к уже имеющимся данным.

Обзор литературы

Какие выводы можно сделать на основании опубликованных в настоящее время данных? Мы постарались ответить на этот вопрос максимально полезным для практикующих специалистов образом. Поэтому не будем проводить подробный анализ конкретных исследований, вместо этого дадим список актуальных обзорных статей по разным сферам применения КПТ (см. приложение Б). Вы можете приобрести и прочесть эти статьи или исследования, на основе которых они написаны, — в зависимости от того, что важнее для вашей практики. Помните: у каждого исследования есть особенности, которые могли повлиять на полученные результаты или вероятность того, что при его воспроизведении будут получены аналогичные результаты.

В табл. 13.3 мы обобщили результаты исследований, перечисленных в приложении Б. В ней перечислены диагнозы, соответствующие классификации DSM (использовали термины DSM-5, хотя большинство указанных исследований проводились до принятия этой терминологии и диагностических критериев), а также состояния, для терапии которых используется КПТ, и перечислили три разных способа концептуализации успеха лечения. «Абсолютная эффективность в идеальных условиях» демонстрирует наличие более значимых результатов КПТ — по сравнению с отсутствием лечения, нахождением в Листе ожидания и обычным лечением. Важно отметить, что данный

показатель объединяет разные подходы к оценке сравнительной эффективности. Сравнение интервенции с нахождением в Листе ожидания или отсутствием какой бы то ни было терапии — в некотором смысле нетребовательный подход, потому что в таких условиях получение позитивных результатов является довольно легкой задачей и способно отражать эффект оказания любой помощи или поддержки. Сравнение с обычным лечением предполагает более высокие требования к методу, потому что в итоге такой подход позволяет выявить преимущества когнитивно-поведенческой терапии — по сравнению с обычным лечением и проявлением внимания к проблемам клиента. Стоит также отметить: хотя ранее в исследованиях результаты психотерапии часто сравнивались с изменениями в контрольных группах пациентов, не получавших никакого лечения или находившихся в Листе ожидания, в последнее время сравнение все чаще производится с обычным лечением — в первую очередь по этическим и юридическим соображениям, связанным с невозможностью получить помощь клиентом, которого случайным образом определили в контрольную группу.

Таблица 13.3. Исследования эффективности когнитивно-поведенческой терапии

Расстройство	Терапия	Тип эффективности в идеальных условиях		
		Абсолютная эффективность	Эффективность относительно медикаментозного лечения	Эффективность относительно других психотерапий
Изолированная фобия	Экспозиция и когнитивная реструктуризация	++	+	
Социальное тревожное расстройство	Экспозиция и когнитивная реструктуризация	++	=	=
Паническое расстройство	Экспозиция и когнитивная реструктуризация	++	=	+
Генерализованное тревожное расстройство	Экспозиция и когнитивная реструктуризация	+	=	+
Посттравматическое стрессовое расстройство	Экспозиция и когнитивная реструктуризация	++	+	=

		Тип эффективности в идеальных условиях		
Расстройство	Терапия	Абсолютная эффективность	Эффективность относительно медикаментозного лечения	Эффективность относительно других психотерапий
Обсессивно-компульсивное расстройство	Экспозиция и когнитивная реструктуризация	++	=	+
Патологическое накопительство	Экспозиция и когнитивная реструктуризация, тренинг избавления от хлама	+		
Большое депрессивное расстройство	Планирование активности, когнитивная реструктуризация, изменение схем	+	+	=
Биполярное расстройство ^а	Регулирование аффекта и когнитивная реструктуризация	+		+
Расстройства, связанные со злоупотреблением ПАВ и зависимостями	Регулирование аффекта, контроль поведения и когнитивная реструктуризация	+	+	=
Расстройства пищевого поведения	Управление питанием и когнитивная реструктуризация	+	=	+
Расстройства сна	Контроль поведения и когнитивная реструктуризация	++	=	+
Синдром хронической усталости	Планирование активности и когнитивная реструктуризация	++	+	+
Гнев и агрессия	Когнитивная реструктуризация и управление эмоциями	+		=
Психоз ^а	Управление аффектом и когнитивная реструктуризация	+		+

^а В работе с этими расстройствами когнитивно-поведенческая терапия обычно используется в качестве дополнения к медикаментозному лечению.

Расстройство	Терапия	Тип эффективности в идеальных условиях		
		Абсолютная эффективность	Эффективность относительно медикаментозного лечения	Эффективность относительно других психотерапий
Расстройствa, проявляющиеся соматическими симптомами	Переносимость дистресса и когнитивная реструктуризация	+	=	
Синдром раздраженного кишечника	Переносимость дистресса и когнитивная реструктуризация	+	=	
Пограничное расстройство личности	Диалектическая поведенческая терапия	+		

Примечание:

пустая ячейка означает отсутствие достаточного количества данных для формулирования вывода;

знак «+» означает позитивную доказательную базу;

знак «=» означает относительную эквивалентность методов;

знак «++» означает терапию выбора (предпочтительный метод лечения).

Следующие две колонки описывают эффективность КПТ по сравнению с другими подходами к лечению — фармакотерапией и другими психотерапевтическими практиками (мы не перечисляем, какими именно, в целях экономии места; вы сами можете найти эту информацию в соответствующих публикациях). Впрочем, читателю стоит помнить, что в этой колонке используются разные сравнения, которые могут быть прояснены в дальнейшем, по мере сбора дополнительной информации. Так, хотя во многих исследованиях при сравнении КПТ и других терапевтических подходов не выявляются существенные отличия (и следовательно, можно сделать вывод об их относительной эквивалентности), по мере проведения новых исследований могут быть выявлены конкретные различия подходов.

Таблица 13.3 демонстрирует существенное количество данных в пользу эффективности когнитивно-поведенческой терапии, особенно по сравнению с обычным лечением, нахождением в Листе ожидания и отсутствием лечения. В некоторых случаях собраны достаточно убедительные доказательства.

тельные доказательства в пользу присвоения КПТ статуса терапии выбора (например, для изолированных фобий и социальной тревожности, ПТСР, булимии). Сравнительные исследования обычно показывают, что когнитивно-поведенческая терапия, по крайней мере, настолько же эффективна, как фармакотерапия, однако в некоторых сферах подобные сравнения не проводились (например, в отношении БАР и психоза, при которых психологические терапии, как правило, используются лишь в дополнение к медикаментозному лечению), а значит, в будущем нужно провести исследования, ориентированные на прояснение этих вопросов. В лечении одних расстройств КПТ эффективнее других подходов, для других она демонстрирует сравнимую эффективность. Данный аспект, пожалуй, сложнее всего обобщить, так как сравнивалась КПТ с разными подходами к лечению — от поведенческих терапий без когнитивного элемента до краткосрочных психодинамических подходов и отдельных компонентов самой КПТ. Если вас интересует относительная эффективность когнитивно-поведенческой терапии, по сравнению с другими психосоциальными подходами, ознакомьтесь с обзорами, посвященными этой теме.

Большинство собранных в табл. 13.3 сравнений проводилось с КПТ, основанной на соответствующих руководствах. И хотя такие руководства могут варьироваться по объему и степени детализации, в большинстве из них описывается не отдельная интервенция, а ряд интервенций, расположенных в специальном порядке. Более того, хотя в отдельных случаях относительно сложные руководства разбирались на составляющие, чтобы оценить аспекты лечения, теснее всего связанные с терапевтическими изменениями, подобные исследования проводятся гораздо реже, чем те, в которых осуществляется полноценная терапия. Поэтому, хотя мы и говорим, что КПТ работает для ряда расстройств, пока лишь начинаем формулировать ответ на вопрос, что именно приносит позитивные результаты.

Кроме того, важно отметить, что представленные в табл. 13.3 результаты в первую очередь касаются краткосрочных эффектов психотерапии. И хотя в некоторых областях проведены исследования, демонстрирующие, что результаты КПТ в долгосрочной перспективе равноценны или превышают краткосрочные эффекты (например, *Paykel, 2007*), проводить метаанализы долгосрочных результатов психотерапии довольно сложно. Необходимо также отметить, что большинство исследований сосредоточены на поиске способов уменьшения симптоматики или ухода клиентов от соответствия диагностическим критериям определенного расстройства. Однако психотерапия может иметь и другие эффекты,

которые изучаются намного меньше. К ним относятся улучшение самооценки и других психологических характеристик, улучшение социальной и профессиональной адаптации, усиление социальной поддержки, улучшение состояния здоровья и общего качества жизни. До сих пор остается открытым вопрос, насколько эти улучшения являются эффектом психотерапии или, наоборот, вносят вклад в снижение общей симптоматики.

Наконец, хотелось бы отметить следующее: хотя в некоторых обзорных статьях, указанных в приложении Б, учитываются результаты психотерапевтических практик, сфокусированных на принятии, в том числе терапии принятия и ответственности (Hayes, 2004; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012), и хотя мы признаем рост популярности и количества исследований так называемой КПТ третьей волны, по большей части старались исключить их из табл. 13.3, так как, судя по всему, механизмы их воздействия отличаются от таковых в традиционной когнитивно-поведенческой терапии.

Метааналитические исследования показывают, что появляется все больше доказательств в пользу эффективности основанных на осознанности терапий в общем (Hofmann, Sawyer, Witt & Oh, 2010; Khoury et al., 2013; Powers, Zum Vorde Sive Vording & Emmelkamp, 2009; Ruiz, 2012) и, в частности, при работе с хронической болью (Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011), а также компульсивным перееданием (Godfrey, Gallo & Afari, 2015). С другой стороны, критики полагают, что эффекты могут быть не столь выраженными, как сообщается в некоторых исследованиях (Öst, 2014). Проведение дальнейших исследований этих подходов крайне необходимо.

ПОДХОДЫ, КОТОРЫЕ НЕ РАБОТАЮТ

По мере расширения исследовательской базы в сфере психотерапии стало появляться все больше возможностей для выявления подходов, демонстрирующих слабые результаты, не работающих вообще, а то и увеличивающих вероятность негативного исхода. Норкросс, Коохер и Гарофало (Norcross, Koocher & Garofalo, 2006) опросили ряд психологов на предмет дискредитировавших себя форматов лечения и инструментов оценки, после чего составили список психологических интервенций, которые принято считать неэффективными и неуместными, а также подвергающими клиентов неоправданному риску. В список вошли многие нью-эйдж-терапии (например, «ангельская терапия», пирамиды, оргонная терапия), неадекватные интерпретации психодинамической

терапии (например, перерождения, терапия первичного крика) и многие другие. Хотя в список попали одна-две когнитивно-поведенческие терапии (например, остановка мыслей при обсессивных руминациях), эти исключения находятся в конце списка по уровню недоверия к ним.

Также рассматривались терапевтические подходы, которые лишь вредят. Лиlienфельд (Lilienfeld, 2007) предложил считать лечение вредным, если оно: 1) увеличивает вариативность функционирования; 2) усиливает одни симптомы, ослабляя другие; 3) увеличивает количество вреда, наносимого друзьям и родственникам; 4) делает более значительными ухудшения; 5) увеличивает вероятность преждевременного прекращения терапии. С этой точки зрения Лилиенфельд выделил два потенциально опасных направления когнитивно-поведенческой терапии. К первому относится безотлагательное и повсеместное использование дебрифинга стресса критических инцидентов, так как в некоторых случаях ненужные и спешные интервенции способны *увеличить* риск возникновения травматических симптомов у некоторых клиентов. Ко второму — релаксационная терапия для склонных к панике пациентов, так как данный подход скорее *увеличивает* вероятность возникновения панических симптомов.

Конечно, мы не хотим сказать, что когнитивно-поведенческие терапии подразумевают неизбежные риски. Многочисленные упомянутые выше публикации указывают на позитивные эффекты КПТ. Однако, как любое лечение, особенно если оно осуществляется неправильно, когнитивно-поведенческая терапия может быть связана с некоторыми рисками. Поэтому мы рекомендуем каждый раз сопоставлять запланированную вами терапию и имеющуюся доказательную базу. Доказательная практика тоже связана с доказательным процессом оценки, в том числе позволяющей отследить неожиданные негативные эффекты терапии и перестраивать ее по мере необходимости.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Считается, что в эффективной когнитивно-поведенческой практике реализуется несколько базовых принципов, которые объясняют значительную долю вариативности связанных с ними результатов. Барлоу с коллегами (Barlow et al., 2004) выделили три трансдиагностических принципа когнитивно-поведенческой терапии: 1) изменение когнитивных оценок, предшествовавших возникновению эмоциональных нарушений; 2) предотвращение избегания негативного эмоционального опыта и 3) стимулирование действий, не связанных с дисфункциональ-

ными эмоциями. В связи с этим использование методов, основанных на когнитивной переоценке, в сочетании с экспозицией к причиняющим эмоциональные страдания стимулам — распространенная стратегия работы с расстройствами, связанными с тревогой и депрессией, а также иными проблемами (например, расстройствами пищевого поведения).

Барлоу с коллегами (Barlow et al., 2004) выделили три общих принципа, отчасти в ответ на рост числа руководств по психотерапии. Авторы считают, что на основе этих трех принципов можно гибко подбирать интервенции для разных клиентов с эмоциональными расстройствами. В контексте трансдиагностической модели изменений был разработан единый протокол для работы с эмоциональными расстройствами (Barlow et al., 2011), который на сегодняшний день проходит тестирование и демонстрирует некоторые положительные результаты (Farchione et al., 2012; Wilamowska et al., 2010). Пока неясно, действительно ли такой метаподход к пониманию принципов терапии способен упростить работу клинических специалистов в отношении использования клинических руководств; требуются дополнительные исследования данного вопроса. Мы считаем, что такая унифицированная модель лечения имеет большой потенциал, и надеемся, что прочтение этой книги поможет вам понять, как включить основополагающие принципы терапевтических изменений в вашу клиническую практику. Мы также верим, что вы сумеете выйти за рамки практики в точном соответствии протоколу и научитесь выстраивать терапию, основываясь на концептуализации случая и гибком использовании когнитивно-поведенческого подхода.

ДВИЖЕНИЕ К МОДЕЛИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

Можем ли мы сегодня с уверенностью сказать, что когнитивно-поведенческая терапия представляет собой оптимальный путь к доказательной практике? Доказательной базы для этого еще недостаточно. Безусловно, по сравнению даже с ситуацией десятилетней давности, мы существенно продвинулись в этом направлении. Благодаря клиническим исследованиям выделены руководства, продемонстрировавшие превосходство над разными терапиями в работе с некоторыми целевыми состояниями. В некоторых случаях, тем не менее, до сих пор мало данных, чтобы делать заключения или предварительные выводы об относительной эффективности метода. Кроме того, выявлен ряд областей, в которых КПТ и другие психотерапевтические подходы демонстрируют сопоставимую результативность. В то же время большая часть данных об

эффектах КПТ основана на краткосрочных результатах, полученных в идеальных условиях, а не приближенных к реальным клиническим. Поэтому, несмотря на наличие у когнитивно-поведенческой терапии одной из самых сильных доказательных баз, проведение дополнительных исследований необходимо.

Если признать, что КПТ уже сегодня имеет достаточную эмпирическую поддержку, какое развитие нас ждет? Следует продолжить исследования, собирать более обширные сведения, чтобы дать полноценную оценку результативности метода. Нужно проводить больше исследований, в которых оценивалась бы не только статистическая, но и клиническая значимость результатов, и больше лонгитюдных исследований, чтобы понимать не только краткосрочные, но и долгосрочные эффекты терапии. Надо исследовать рентабельность и экономическую эффективность подхода, чтобы выстраивать экономическую аргументацию в отношении потенциальных преимуществ использования данного подхода по сравнению с альтернативными. Мы также согласны с мнением Президентской рабочей группы Американской психологической ассоциации по доказательным практикам (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) о необходимости изучить особенности клиента, влияющие на терапевтический процесс и ухудшающие или улучшающие результаты лечения. Если удастся обнаружить зависимость между склонностями и терапевтическими взаимодействиями, можно будет определить, какие психотерапевтические направления предпочтительны для каких групп клиентов. Мы остро нуждаемся в исследованиях эффективности КПТ в реальных или приближенных к реальным клиническим условиям. Наконец, на повестке дня недавно появилось новое направление исследований, так называемые исследования распространения, изучающие оптимальные методы организации широкого использования доказательных терапий (McHugh & Barlow, 2010; McHugh, Murray & Barlow, 2009), которые могут быть применены и для когнитивно-поведенческой практики.

Если смотреть еще шире, следует принять тот факт, что основываться на доказательных практиках должны техники как когнитивно-поведенческого воздействия, так и выстраивания терапевтических отношений. Мы убеждены, что по мере движения психотерапии в сторону большей доказательности и разработки практических руководств важными факторами достижения клинических результатов будут признаны и контекст, и содержание терапии. Постепенно все аспекты доказательной базы интегрируются в практику. В этой книге мы постарались создать своего рода прототип такой интеграции.

Приложение А

ШКАЛА ДЛЯ ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОЙ ТЕРАПИИ

Психотерапевт: _____ Клиент: _____ Дата сессии: _____
Номер записи: _____ Оценивает: _____ Дата оценки: _____
Сессия №: _____ () Видеозапись () Аудиозапись () Живое наблюдение

Инструкция:

В каждом вопросе оцените психотерапевта по шкале от 0 до 6, разместите свой ответ над линией рядом с номером вопроса. Ниже даны описания характеристик, подразумеваемых под четными баллами. *Если вам кажется, что ни одно описание не подходит специалисту полностью, выберите промежуточное нечетное число между двумя наиболее подходящими (1, 3, 5).* Например, если психотерапевт хорошо определяет повестку дня, но не выделяет приоритеты, поставьте ему 5, а не 4 или 6 баллов.

Если приведенные описания не подходят для оценки конкретной сессии, вы можете воспользоваться более общей шкалой:

0	1	2	3	4	5	6
Плохо	Едва достаточно	Средне	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо	Отлично

Пожалуйста, не пропускайте вопросы. По каждому вопросу оценивайте навыки терапевта, учитывая сложность работы с конкретным пациентом.

Примечание. Инструкция по проведению и интерпретации Шкалы приведена в главе 13. The Cognitive Therapy Scale and Cognitive Therapy Scale manual copyright 1980 Jeffrey E. Young and Aaron T. Beck. Опубликовано с разрешения Академии когнитивной терапии.

Часть I. Общие терапевтические навыки

___ 1. Повестка дня.

0 Терапевт не определил повестку дня.

2 Определенная терапевтом повестка дня была размытой или неполной.

4 Терапевт вместе с пациентом разработали удовлетворяющую обоим повестку дня, куда вошли конкретные целевые проблемы (например, тревога на работе, разочарование в браке).

6 Терапевт вместе с пациентом разработали подходящую повестку дня, соответствующую целевым проблемам и предполагающую достаточно времени для разбора каждой. Они определили приоритеты и в дальнейшем следовали этой повестке.

___ 2. Обратная связь.

0 Терапевт не просил пациента дать обратную связь, чтобы составить более точное представление о том, как тот воспринял происходящее на сессии и какую реакцию это вызвало.

2 Терапевт получил от пациента обратную связь, но не задал вопросы, которые помогли бы убедиться, что пациент понял то, что терапевт хотел донести, *или* что пациент остался удовлетворен сессией.

4 Терапевт задал достаточное количество вопросов, чтобы убедиться, что пациент его понял, а также узнал, как клиент отреагировал на сессию. Терапевт корректировал собственное поведение в соответствии с обратной связью, когда было уместно.

6 Терапевт мастерски получал вербальную и невербальную обратную связь в ходе сессии (узнавал, что клиент думает о происходящем; проверял понимание; помогал обобщить сделанные выводы в конце сессии), а также грамотно на нее реагировал.

___ 3. Понимание.

0 Терапевту несколько раз не удавалось понять слова пациента или уловить, что тот хотел донести. Слаборазвитая эмпатия.

2 Терапевту удавалось отразить и перефразировать сказанное пациентом, но ему систематически не удавалось реагировать на менее явную коммуникацию. Ограниченные навыки слушания и эмпатии.

4 Терапевту в целом удавалось понять внутреннюю реальность пациента, отражавшуюся в его прямой речи, а также в менее явных сигналах. Развитые навыки слушания и эмпатии.

6 Терапевт отлично понял внутреннюю реальность пациента, мастерски передал это понимание через подходящие вербальные и невербальные реакции (например, использовал сочувствующий тон, демонстрирующий понимание сообщений пациента). Отлично развитые навыки слушания и эмпатии.

4. Межличностная эффективность.

0 У терапевта плохо развиты межличностные навыки. Казался враждебным, унижающим, деструктивно воздействующим на пациента.

2 Терапевт не вел себя деструктивно, но продемонстрировал значительные проблемы в межличностном взаимодействии. Иногда терапевт казался неуместно нетерпеливым, отчужденным, неискренним *или* ему было сложно транслировать собственную уверенность и компетентность.

4 Терапевт продемонстрировал удовлетворительный уровень теплоты, заботы, уверенности, искренности и профессионализма. Существенные межличностные проблемы не выявлены.

6 Терапевт продемонстрировал оптимальный уровень теплоты, заботы, уверенности, искренности и профессионализма, соответствующий потребностям клиента на сессии.

5. Сотрудничество

0 Терапевт не пытался выстроить с пациентом отношения сотрудничества.

2 Терапевт пытался выстроить с пациентом отношения сотрудничества, но ему было сложно *либо* определить проблему, которую пациент также посчитал бы важной, *либо* установить раппорт.

4 Терапевт и пациент вместе разбирались в проблеме, которую оба посчитали важной, между ними возник раппорт.

6 Сотрудничество выстроено отлично; терапевт, насколько возможно, помогал клиенту занимать на сессии активную позицию (например, предлагал выбор); они работали как команда.

6. Распределение и эффективное использование времени

0 Терапевт не пытался структурировать время терапии. Сессия казалась бесцельной.

2 Сессия двигалась в определенном направлении, но терапевту было сложно ее структурировать или распределять время (например, взаимодействие было недостаточно структурированным, в струк-

туре отсутствовала гибкость, все происходило слишком медленно или быстро).

4 Терапевт достаточно успешно справлялся с распределением времени. Ему удавалось контролировать поток и скорость обсуждения.

6 Терапевт эффективно использовал время, тактично ограничивая побочные или непродуктивные обсуждения, двигался по структуре сессии в оптимальном для клиента темпе.

Часть II. Концептуализация, стратегия, техники

7. Направляемое открытие

0 Терапевт полагался в первую очередь на дебаты, убеждение или «читал лекции». Казалось, пациент проходит допрос, его заставляют защищаться или ему навязывают свою точку зрения.

2 Терапевт слишком полагался на убеждение и дебаты, а не на направляемое открытие. Однако стиль терапевта в целом был достаточно поддерживающим, пациенту не пришлось занимать оборонительную позицию.

4 По большей части терапевт помогал пациенту по-новому взглянуть на происходящее благодаря направляемому открытию (например, проверке доказательств, обсуждению альтернатив, сопоставлению преимуществ и недостатков), а не дебатам. Вопросы задавались своевременно и уместно.

6 В ходе сессии терапевт мастерски использовал направляемое открытие для исследования проблем, помогал пациенту делать собственные выводы. Был достигнут идеальный баланс между качественным использованием вопросов и другими интервенциями.

8. Сосредоточенность на ключевых когнициях и формах поведения

0 Терапевт не пытался выявить конкретные мысли, допущения, образы, смыслы, формы поведения.

2 Терапевт использовал подходящие техники для определения когниций или форм поведения, но ему было трудно сосредоточиться на самых важных из них или он отвлекался на когниции/действия, которые не имели значения в контексте проблем пациента.

4 Терапевт был сосредоточен на конкретных когнициях или формах поведения, важных для целевой проблемы клиента. Тем не менее можно было выбрать мысли, которые либо еще важнее для пациента, либо потенциально могли привести к большему прогрессу.

6 Терапевт мастерски сосредотачивал внимание на ключевых мыслях, допущениях, формах поведения и т. п., которые оказывались наиболее актуальны для проблем клиента и могли привести к достижению значительного прогресса.

___ 9. Стратегия изменений. (*Примечание.* В данном вопросе сосредоточьтесь на качестве выбранной терапевтом стратегии, а не на степени ее эффективности или изменениях, которых удалось добиться.)

0 Терапевт не выбрал когнитивно-поведенческие техники.

2 Терапевт выбрал несколько когнитивно-поведенческих техник; однако общая стратегия достижения изменений казалась размытой *или* не особенно полезной для пациента.

4 Терапевт выбрал довольно целостную и потенциально эффективную стратегию достижения изменений, включавшую в себя когнитивно-поведенческие техники.

6 Терапевт придерживался понятной и многообещающей стратегии достижения изменений, включавшей в себя когнитивно-поведенческие техники.

___ 10. Применение когнитивно-поведенческих техник. (*Примечание.* В данном вопросе обращайтесь внимание на мастерство применения техник, а не на их уместность в контексте целевой проблемы и не на результат их применения.)

0 Терапевт не применял когнитивно-поведенческие техники.

2 Терапевт использовал когнитивно-поведенческие техники, но в процессе допустил *существенные ошибки*.

4 Терапевт *довольно умело* использовал когнитивно-поведенческие техники.

6 Терапевт *мастерски* и творчески использовал когнитивно-поведенческие техники.

___ 11. Домашнее задание

0 Терапевт не пытался включать домашнее задание, связанное с когнитивной терапией.

2 Терапевту было сложно включить домашние задания в работу (например, он не проверил предыдущее задание, недостаточно подробно объяснил новое, предложил неуместное задание).

4 Терапевт проверил предыдущее задание и предложил новое стандартное, актуальное в контексте вопросов, рассматривавшихся на сессии. Задание было описано клиенту достаточно подробно.

6 Терапевт проверил предыдущее домашнее задание и сформулировал новое на будущую неделю, основанное на проведенной когнитивной работе. Задание производило впечатление индивидуализированного, ориентированного на формирование у клиента новых точек зрения, проверку гипотез, экспериментирование с новыми формами поведения, которые обсуждались на сессии.

___ Суммарный балл по части I. Общие терапевтические навыки

___ Суммарный балл по части II. Концептуализация, стратегия и техники

___ Суммарный балл по шкале

Часть III. Дополнительные вопросы

1. Возникали ли в ходе сессии специфические проблемы (например, невыполнение задания, сложности взаимодействия терапевта и клиента, ощущение безнадежности относительно продолжения терапии, откат)?

___ Нет ___ Да

___ Если да:

0 Терапевту не удалось справиться с возникшими трудностями.

2 Терапевт справился с возникшими трудностями, но использовал для этого стратегии или концептуализации, не соответствующие когнитивной терапии.

4 Терапевт попытался справиться с возникшими трудностями в рамках когнитивного подхода и был *относительно умел* в применении техник.

6 Терапевт мастерски справился с проблемами, применив когнитивные техники.

2. Возникли ли на сессии важные необычные обстоятельства, которые, на ваш взгляд, оправдали отклонение от стандартного подхода, измеряемого с помощью этой шкалы?

___ Нет ___ Да (пожалуйста, поясните)

Часть IV. Общая оценка и комментарии

1. Ваша оценка специалиста на этой сессии — как когнитивного терапевта:

0	1	2	3	4	5	6
Плохо	Едва достаточно	Средне	Удовлетворительно	Хорошо	Очень хорошо	Отлично

2. Если бы вы исследовали результаты когнитивной терапии, позволили бы вы этого специалиста в качестве участника (если предположить, что эта сессия не является из ряда вон выходящей)?

0	1	2	3	4
Точно нет	Наверное, нет	Не уверен	Наверное, да	Точно да

3. Насколько сложным в работе вам показался этот пациент:

0	1	2	3	4	5	6
Не сложный — очень восприимчивый		Умеренно сложный				Очень сложный

4. Комментарии и предложения о том, что терапевт мог бы сделать лучше:

Приложение Б¹

ОБЗОР ПУБЛИКАЦИЙ, КАСАЮЩИХСЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ОБЩИЕ	315
ГЕНЕРАЛИЗОВАННАЯ ТРЕВОЖНОСТЬ	315
ИЗОЛИРОВАННЫЕ ФОБИИ	316
СОЦИАЛЬНОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО	316
ПАНИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО	316
ГЕНЕРАЛИЗОВАННОЕ ТРЕВОЖНОЕ РАССТРОЙСТВО	317
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО	317
ОБСЕССИВНО-КОМПУЛЬСИВНОЕ РАССТРОЙСТВО	317
ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ НАКОПИТЕЛЬСТВО	318
БОЛЬШОЕ ДЕПРЕССИВНОЕ РАССТРОЙСТВО	318
БИПОЛЯРНОЕ РАССТРОЙСТВО	319
РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПАВ И ЗАВИСИМОСТЯМИ	319
РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	320
РАССТРОЙСТВА СНА	320
СИНДРОМ ХРОНИЧЕСКОЙ УСТАЛОСТИ	321
ГНЕВ И АГРЕССИЯ	321
ПСИХОЗ	321
РАССТРОЙСТВА С СОМАТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ	322
СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА	322
ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ	322
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	323

¹ Полностью материал Приложения Б, включая ссылки на источники, см. по QR-коду



Уважаемые коллеги, а также все, кто интересуется когнитивно-поведенческой психотерапией! Хотим пригласить вас от лица организаторов на первый в России и на постсоветском пространстве всемирный конгресс Интернациональной ассоциации когнитивной психотерапии (IACP), который состоится в 2023 году в Санкт-Петербурге. Его гостями и спикерами, ведущими семинаров и докладчиками станут настоящие мировые звезды КПТ, в том числе и авторы этой книги Кейт и Дебора Добсоны. В работе конгресса примут участие Дж. Бек, Дэвид М. Кларк, М. Сунгур, С. Хофман, Р. Лихи, А. Миллер, Ф. Даттилио, П. Салковскис, Д. Гринбергер, К. Падески, К. Пападжорджио, А. Монтано, Р. Диджузеппе, К. Дойл, Д. Дэвид, Н. Казантис, Д. Судак, Л. Макджинн, Л. Макфар и многие другие известные специалисты и эксперты мирового уровня в области КПТ и РЭПТ, а также отечественные специалисты, исследователи и практики.

Наша Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии отметила в 2019 году свое 20-летие. За эти годы был проделан огромный путь — от группы энтузиастов до большой организации, входящей в состав Европейской ассоциации поведенческих и когнитивных терапий — ЕАВСТ в качестве полного члена, а также в состав Всемирной конфедерации КПТ (WCCBT).

Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии (АКПП) была создана в 1999 году на базе Клиники неврозов (7-й Санкт-Петербургской городской психиатрической больницы — СПб ГБУЗ «Городская психиатрическая больница № 7 им. академика И. П. Павлова») им. И. П. Павлова.

АКПП была организована Д. В. Ковпаком, Ю. Р. Палкиным, А. В. Курпатовым и другими врачами-психиатрами и психотерапевтами при поддержке главного врача этой клиники и одновременно главного специалиста по психотерапии Комитета по здравоохранению Прави-

тельства Санкт-Петербурга О. Е. Кашкаровой для популяризации и развития когнитивно-поведенческой терапии в России. В последующие годы активное участие в развитии Ассоциации принимали участие А. Г. Каменюкин, А. И. Ковпак, Ю. А. Ерухимович, А. П. Федоров, С. А. Кулаков, В. Г. Ромек, Е. А. Ромек, С. А. Замалиева, А. М. Бурно, М. А. Зрютин, О. М. Радюк, М. В. Земляных и многие другие специалисты.

АКПП успешно прошла регистрацию в Министерстве юстиции в 2012 году. В 2016 году Ассоциация получила государственную лицензию на дополнительное профессиональное образование. В 2020 году Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии насчитывала более тысячи членов, 20 отделений и 24 регулярные программы обучения в регионах России, а также за рубежом и объединяла профессионалов в области психического здоровья: психиатров, психотерапевтов и психологов. АКПП является организатором и соорганизатором 10 научно-практических конференций и проводит более 250 образовательных мероприятий в год. Отдельные члены Ассоциации прошли обучение в Институте Бека в Филадельфии (США), Институте Эллиса в Нью-Йорке (США), Оксфордском Центре КПТ (Великобритания) и других мировых и европейских центрах, преподающих когнитивную и поведенческую терапию. Многие члены Ассоциации регулярно посещают европейские и мировые конгрессы ассоциаций когнитивной и поведенческой терапии и выступают с докладами, семинарами и постерными презентациями.

У АКПП есть официальный сайт на русском языке — associationcbt.ru и на английском — associationcbt.org.

АКПП проводит обучающие программы по КПТ разных уровней — базовый, продвинутый и супервизионный, каждый из которых включает в себя более 200 часов теории, практики и супервизии. Также есть программы с участием иностранных спикеров в режиме онлайн. В прошлые годы уже было проведено подобное обучение с А. Фрименом и К. Добсоном. В этом году проходит программа обучения онлайн с Кейтом и Деборой Добсонами. Эти и другие обучающие программы с 1999 года прошли более чем в 32 городах России, Беларуси, Эстонии, Казахстана и других стран. Ознакомиться с региональными представительствами и их руководителями можно на странице «Отделения». Расписание отделений и городов расположено в разделе «Мероприятия». Ассоциация имеет официальный канал на YouTube, где размещаются видео

с мероприятий конгрессов и форумов, обучающих курсов, видеоотчеты и другие материалы. АКПП активно принимает участие в международных социальных проектах.

Наша Ассоциация в соревновании с несколькими другими Ассоциациями и странами-претендентами получила право проведения Международного конгресса Интернациональной ассоциации когнитивной психотерапии (IACP) в 2023 году.

Конгресс IACP проходит раз в три года и является выдающимся событием для профессионалов в области ментального здоровья и помогающих профессий, источником новых современных знаний в области когнитивно-поведенческой терапии и психотерапии в целом, помощью в совершенствовании навыков, мощнейшим импульсом к профессиональному развитию и самореализации психологов и психотерапевтов всего мира.

Мы надеемся, что конгресс IACP в Санкт-Петербурге в 2023 году станет не только историческим событием для профессионалов в области ментального здоровья, но и новой вехой развития психотерапии в нашей стране и евразийском регионе!

Дебора Добсон, Кейт Добсон

**Научно-обоснованная практика
в когнитивно-поведенческой терапии**

Перевела с английского А. Соломина

Заведующая редакцией
Ведущий редактор
Литературный редактор
Художественный редактор
Корректоры
Верстка

*Т. Шапошникова
Е. Власова
В. Гуляева
Р. Яцко
Н. Баталова, С. Беляева
Л. Соловьева*

Изготовлено в России. Изготовитель: ООО «Прогресс книга».
Место нахождения и фактический адрес: 194044, Россия, г. Санкт-Петербург,
Б. Сампсониевский пр., д. 29А, пом. 52. Тел.: +78127037373.

Дата изготовления: 01.2021.

Наименование: книжная продукция.

Срок годности: не ограничен.

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции ОК 034-2014,
58.11.1 — Книги печатные.

Импортер в Беларусь: ООО «ПИТЕР М», 220020, РБ, г. Минск,
ул. Тимирязева, д. 121/3, к. 214, тел./факс: 208 80 01.

Подписано в печать 28.12.20. Формат 60×90/16. Бумага офсетная.
Усл. п. л. 25,000. Тираж 1700. Заказ 0000.



ВАША УНИКАЛЬНАЯ КНИГА

Хотите издать свою книгу?

Книга может стать идеальным подарком для партнеров и друзей или отличным инструментом продвижения личного бренда. Мы поможем осуществить любые, даже самые смелые и сложные, идеи и проекты!

МЫ ПРЕДЛАГАЕМ

- издание вашей книги
- издание корпоративной библиотеки
- издание книги в качестве корпоративного подарка
- издание электронной книги (формат ePub или PDF)
- размещение рекламы в книгах

ПОЧЕМУ НАДО ВЫБРАТЬ ИМЕННО НАС

В 2021 году исполнится 30 лет, как «Питер» издает полезные и интересные книги. Наш опыт — гарантия высокого качества. Мы печатаем книги, которыми могли бы гордиться и мы, и наши авторы.

ВЫ ПОЛУЧИТЕ

- услуги по обработке и доработке вашего текста
- современный дизайн от профессионалов
- высокий уровень полиграфического исполнения
- продажи книги в крупнейших книжных магазинах страны
- продвижение книги (реклама в профильных изданиях и местах продаж; рецензии в ведущих СМИ; интернет-продвижение)

Мы имеем собственную сеть дистрибуции по всей России и в Белоруссии, сотрудничаем с крупнейшими книжными магазинами страны и ближнего зарубежья. Издательство «Питер» — постоянный участник многих конференций и семинаров, которые предоставляют широкие возможности реализации книг. Мы обязательно проследим, чтобы ваша книга имелась в наличии в магазинах и была выложена на самых видных местах. А также разработаем индивидуальную программу продвижения книги с учетом ее тематики, особенностей и личных пожеланий автора.

Свяжитесь с нами прямо сейчас:

Санкт-Петербург — Анна Титова, (812) 703-73-73, titova@piter.com



ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «ПИТЕР»
предлагает профессиональную, популярную
и детскую развивающую литературу

Заказать книги оптом можно в наших представительствах

РОССИЯ

Санкт-Петербург: м. «Выборгская», Б. Сампсониевский пр., д. 29а;
тел. (812) 703-73-73, доб. 6282; e-mail: dudina@piter.com

Москва: м. «Электrozаводская», Семеновская наб., д. 2/1,
стр. 1, 6 этаж; тел./факс (495) 234-38-15; e-mail: reception@piter.com

Воронеж: тел. +7 951 861-72-70; e-mail: hitsenko@piter.com

Нижний Новгород: тел. +7 930 712-75-13; e-mail: yashny@yandex.ru

Ростов-на-Дону: тел. +7 908 509-35-24; e-mail: rostov1@piter.com

Самара: ул. Молодогвардейская, д. 33а, офис 223;
тел./факс (846) 277-89-79, 8-960-818-14-66; e-mail: pitvolga@mail.ru

БЕЛАРУСЬ

Минск: ул. Розы Люксембург, д. 163; тел./факс +37 517 348-60-01,
374-43-25; e-mail: pugacheva@piter.com

Издательский дом «Питер» приглашает к сотрудничеству авторов:
тел./факс (812) 703-73-72, (495) 234-38-15; e-mail: ivanovaa@piter.com
Подробная информация здесь: <http://www.piter.com/page/avtoru>

Издательский дом «Питер» приглашает к сотрудничеству зарубежных торговых партнеров или посредников, имеющих выход на зарубежный рынок: тел./факс (812) 703-73-73, доб. 6282; e-mail: sales@piter.com

Заказ книг для вузов и библиотек:
тел./факс (812) 703-73-73, доб. 6243; e-mail: uchebnik@piter.com

Заказ книг в интернет-магазине: на сайте www.piter.com;
тел. (812) 703-73-74, доб. 6216; e-mail: books@piter.com

Вопросы по продаже электронных книг: тел. (812) 703-73-74, доб. 6217;
e-mail: kuznetsov@piter.com

ЗАКАЗ И ДОСТАВКА КНИГ

ЗАКАЗАТЬ КНИГИ ИЗДАТЕЛЬСКОГО ДОМА «ПИТЕР» МОЖНО ЛЮБЫМ УДОБНЫМ ДЛЯ ВАС СПОСОБОМ

- на нашем сайте: www.piter.com
- по электронной почте: books@piter.com
- по телефону: (812) 703-73-74 или 8(800) 500-42-17

ВЫ МОЖЕТЕ ВЫБРАТЬ ЛЮБОЙ УДОБНЫЙ ДЛЯ ВАС СПОСОБ ОПЛАТЫ

Наложенным платежом с оплатой при получении в ближайшем почтовом отделении, пункте выдачи заказов (ПВЗ) или курьеру.

С помощью банковской карты. Во время заказа вы будете перенаправлены на защищенный сервер нашего оператора, где сможете ввести свои данные для оплаты.

Электронными деньгами. Мы принимаем к оплате Яндекс.Деньги, WebMoney и Qiwi-кошелек.

В любом банке, распечатав квитанцию, которая формируется автоматически после оформления вами заказа.

ВЫ МОЖЕТЕ ВЫБРАТЬ ЛЮБОЙ УДОБНЫЙ ДЛЯ ВАС СПОСОБ ДОСТАВКИ

- курьерская доставка до дома или офиса
- на пункт выдачи заказов выбранной вами транспортной компании
- в отделение «Почты России»

ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ЗАКАЗА УКАЖИТЕ

- фамилию, имя, отчество, телефон, e-mail
- почтовый индекс, регион, район, населенный пункт, улицу, дом, корпус, квартиру
- название книги, автора, количество заказываемых экземпляров