

# ТЕХНИКИ КОГНИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Р О Б Е Р Т  
Л И Х И



Сам себе психолог (Питер)

Роберт Лихи

**Техники когнитивной  
психотерапии**

«Питер»

2017

УДК 615.851  
ББК 53.57

**Лихи Р.**

Техники когнитивной психотерапии / Р. Лихи — «Питер»,  
2017 — (Сам себе психолог (Питер))

ISBN 978-5-4461-1218-0

Книга Роберта Лихи незаменима для специалистов и студентов, которые работают в методике когнитивно-поведенческая психотерапия. Автор описывает способы помочь клиентам выявить и изменить мысли, провоцирующие создание проблем, основные убеждения, приводящие к тревоге, модели самокритики и поиска одобрения. В этой книге он учит исследовать личные схемы мышления; справляться с болезненными эмоциями; достигать целей. Каждая техника включает в себя яркие примеры и сопровождается диалогами.

УДК 615.851

ББК 53.57

ISBN 978-5-4461-1218-0

© Лихи Р., 2017

© Питер, 2017

# Содержание

Предисловие к русскому изданию	6
Об авторе	8
Предисловие	9
Благодарности	11
Часть I	12
Глава 1	12
Часть II	22
Глава 2	22
Конец ознакомительного фрагмента.	40

# **Роберт Лихи**

## **Техники когнитивной психотерапии**

© 2017 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

© Перевод на русский язык ООО Издательство «Питер», 2020

© Издание на русском языке, оформление ООО Издательство «Питер», 2020

© Серия «Сам себе психолог», 2020

## Предисловие к русскому изданию

Многим профессионалам Роберт Лихи уже знаком по его зарубежным научным публикациям и книгам. Некоторым психотерапевтам, психиатрам и психологам повезло принять участие в его многочисленных семинарах в разных странах планеты, в том числе и в России. У кого-то из них на книжной полке даже можно обнаружить эту книгу на иностранном языке. Мой дорогой друг и коллега Роберт Лихи уже много лет возглавляет Американский институт когнитивной терапии в Нью-Йорке, является профессором клинической психологии отделения психиатрии Медицинского колледжа Уэйл Корнелл и автором более двух десятков монографий, посвященных наиболее актуальным вопросам психотерапии. Четыре его книги в переводе на русский язык мы уже представили нашим читателям в прошлом. И теперь наша Ассоциация когнитивно-поведенческой психотерапии совместно с издательством «Питер» рада представить книгу Роберта Л. Лихи, посвященную техническому инструментарию когнитивно-поведенческого терапевта.

Профессор Лихи был президентом Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии, Международной ассоциации когнитивной психотерапии и Академии когнитивной терапии, а также стал лауреатом премии Аарона Т. Бека за вклад в развитие когнитивной терапии. Он является одним из наиболее опытных когнитивно-поведенческих психотерапевтов, мировым экспертом и методологом, и, одновременно, известным практиком, терапевтом, уже несколько десятилетий помогающим своим пациентам избавиться от разнообразных проблем в области ментального здоровья, отношений и повседневной жизни. Тем более ценным является тщательно отобранный набор инструментов, которые Роберт Лихи собрал для вдумчивого и целеустремленного профессионала, желающего не только расширить ассортимент своих практических навыков и используемых техник, но и увидеть новые возможности уже используемых, взаимосвязь теоретической модели когнитивной терапии с новейшими научными данными и техническими средствами, открыть для себя блестящую по эффективности и гибкую по контексту применения систему когнитивно-поведенческой терапии. Начиная специалист найдет для себя подробное и ясное описание очень важных и удивительно точных элементов для эффективной практики, как принято говорить – «россыпт бриллиантов» отточенных и проверенных техник, поданных мастером своего дела с непревзойденной элегантностью, четкостью и ювелирной экономностью настоящего шедевра. Его предстоит перечитать еще не один раз, чтобы каждая техника, описанная автором, раскрыла свой глубокий потенциал и помогла натренировать навыки их использования, чтобы они показали высокую практическую эффективность, на которую действительно способны. Как опытный супервизор профессор Лихи отмечает, что многие из нас «застревают» в своей практике на нескольких простых техниках или просто применяют их по привычке, теряя мотивацию, удовлетворение от работы и рискуя профессионально выгореть. Для опытных профессионалов в этой книге тоже есть много ценных жемчужин современного подхода в когнитивно-поведенческой терапии, одним из флагманов которой выступает сам ее автор, одновременно являющийся и создателем модели Терапии эмоциональных схем. Книгу, посвященную этой терапии и раскрывающую специфику и нюансы данной модели, мы смогли опубликовать накануне, в этом 2019 году.

Книга плотно упакована полезными инструментами и техниками, которые расширят репертуар начинающих и опытных когнитивных терапевтов. Распаковка этого материала тесно коррелирует с его практическим использованием, поскольку когнитивно-поведенческим терапевтам, чья методология построена на теориях научения, хорошо известно, что знания не работают сами по себе, их необходимо превращать в умения усердными тренировками, кропотливой обратной связью и супервизиями. Ибо в трудной ситуации вы не подниметесь на вершины своих ожиданий, а упадете на дно своих навыков. Автором подробно описано много-

образе методов, основанных на фактических данных, которые могут быть использованы для решения конкретных проблем клиентов и терапевтических задач. Терапевты заново откроют или впервые изучат серию эффективных способов выявления и оспаривания дисфункциональных мыслей и основных убеждений; смогут изменять паттерны беспокойства, самокритики и поиска одобрения; будут готовы замечать, идентифицировать и анализировать личные схемы; научатся присоединяться к эмоциональной сфере человека и влиять на эмоциональные процессы; получат арсенал методов для активации и использования нового опыта для клиента. Каждая техника в этой книге описана в фирменном стиле Роберта Л. Лихи – подробно, понятно и проиллюстрирована яркими запоминающимися примерами.

Захватывающего чтения и эффективной практики, дорогие коллеги!

*Дмитрий Викторович Ковпак, врач-психиатр, психотерапевт, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общей медицинской психологии и педагогики СЗГМУ им. И. И. Мечникова, председатель Ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии, вице-президент Российской психотерапевтической ассоциации*

## Об авторе

Роберт Лихи является директором Американского института когнитивной терапии в Нью-Йорке и профессором клинической психологии отделения психиатрии Медицинского колледжа Уэйл Корнелл. Его исследования сосредоточены на изучении индивидуальных различий в эмоциональной регуляции. Доктор Лихи работает помощником редактора в «Международном журнале когнитивной терапии» (*International Journal of Cognitive Therapy*) и в прошлом также занимал должность президента Ассоциации поведенческой и когнитивной терапии, Международной ассоциации когнитивной психотерапии и Академии когнитивной терапии. В 2014 году он получил премию Аарона Бека от Академии когнитивной терапии. Доктор Лихи опубликовал ряд книг, среди которых – «Преодоление сопротивления в когнитивной терапии» (*Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*). Он также стал соавтором таких изданий, как «Планы лечения и интервенции при булимии и компульсивном переедании» (*Treatment Plans and Interventions for Bulimia and Binge-Eating Disorder*), «Планы лечения и интервенции при депрессивных и тревожных расстройствах» (*Treatment Plans and Interventions Depression and Anxiety Disorders, Second Edition*) и «Эмоциональная регуляция в психотерапии» (*Emotion Regulation in Psychotherapy*).

## Предисловие

Первое издание книги «Техники когнитивной терапии» позволило многим клиническим специалистам обогатить арсенал практических интервенций. Когда я только планировал содержание этой книги, я старался представить: что сам хотел бы узнать, если бы изучал когнитивно-поведенческую терапию (КПТ)? Что было бы для меня полезно, если бы я не использовал этот метод на протяжении долгих лет? Многие из нас «застревают» в своей практике на нескольких простых техниках или просто применяют их по привычке. Так, некоторые сосредоточиваются на выявлении автоматических мыслей, оценке их преимуществ и недостатков, анализе доказательств и формулировке более адаптивных мыслей. И это полезно – до определенного момента. Другие рассуждают так: «Я буду применять техники поведенческой активации». И такой подход тоже может сработать, как и майндфулнесс-техники. Тем не менее мой опыт показывает, что пациенты обращаются к нам с самыми разными проблемами, самыми разными убеждениями в отношении возможности изменения, поводами все же не меняться и препятствиями на пути к улучшению состояния. Пожалуй, я как практикующий специалист трансформировал собственную фрустрацию в написание этой книги. Надеюсь, она поможет и вам выйти за рамки привычных техник, чтобы понять, что еще можно применять в работе с людьми.

Мне повезло сотрудничать с удивительными творческими коллегами из Американского института когнитивной терапии в Нью-Йорке ([www.CognitiveTherapyNYC.com](http://www.CognitiveTherapyNYC.com)). Я не пытался создавать из сотрудников Института мини-версии себя самого – наоборот, всячески поощрял их быть собой и реализовываться в выбранном направлении: будь то когнитивная терапия, поведенческая терапия, терапия принятия и ответственности (acceptance and commitment therapy, или АСТ), диалектическая поведенческая терапия (dialectical behavior therapy, или DBT), майндфулнесс и др. И этот опыт необычайно обогатил меня, потому что позволил мне многому у них научиться. В итоге лежащая перед вами книга интегрировала в себе техники КПТ из широкого спектра подходов. И, конечно же, я немало почерпнул у своих пациентов, которые доверились мне. Благодаря им я узнал, как рассуждают люди в депрессивных и тревожных состояниях. А некоторые из них даже сами озвучивали важные соображения относительно психотерапевтических изменений. Не думаю, что я – единственный терапевт<sup>1</sup>, который услышал от пациента что-то полезное и подумал: «Хм, нужно попробовать проделать то же самое самому».

Собранную в этой книге информацию об интервенциях я распределил по тематическим категориям, начиная с многочисленных традиционных техник выявления и оценки мыслей и допущений. В главах 2–5 – «Выявление мыслей», «Оценка и проверка мыслей», «Оценка допущений и правил» и «Логические ошибки и искажения в обработке информации» – представлены техники для работы с когнитивным содержанием свойственного пациентам образа мыслей (зачастую необъективного и не приносящего пользы). В главе 6 «Модификация процесса принятия решений» исследуется эвристика – типичные допущения и искажения, которые формируют сложности, связанные с принятием решений. Я уже много лет изучаю тему принятия решений и в этой главе сфокусировался на вопросах эффекта невозвратных затрат, избегания рисков, принятия решений на основе ограниченной информации, чрезмерной сосредоточенности на краткосрочных последствиях и др. Зачастую людям, находящимся в состоянии депрессии и тревоги, сложно принимать решения, они застревают в ситуациях, которые им сложно изменить. Глава 7 «Как реагировать на навязчивые мысли и оценивать их» многим обязана метакогнитивной модели Адриана Уэллса (которую можно назвать одной из действи-

---

<sup>1</sup> Здесь и далее, когда Р. Лихи пишет «терапевт», он подразумевает «психотерапевт». – *Примеч. пер.*

тельно инновационных разработок прошлого десятилетия в сфере психотерапии). Пациенты с навязчивыми мыслями склонны придавать слишком большое значение их содержанию, принимать их на свой счет, а также формировать убеждения о необходимости устранять неприятные и нежелательные мысли, которые в противном случае якобы могут выйти из-под контроля. Надеюсь, в этой главе специалисты найдут техники, которые помогут по-новому взглянуть на работу с такими пациентами.

Тех, кто знаком с другими моими работами, не удивит тот факт, что тема «Модификации волнения и руминаций» выделена в отдельную главу 8, где я собрал ряд техник, которые можно компилировать с другими приемами работы с навязчивыми мыслями. Этот материал поможет в работе с пациентами, которых мучают волнения, руминации и навязчивые мысли, связанные с посттравматическим стрессовым расстройством и другими состояниями. В главе 9 «Взгляд в перспективе» представлен ряд техник, направленных на обучение пациентов принятию неизбежных трудностей жизни и поддержку тех, кто склонен слишком остро реагировать на происходящее. В главе 10 «Выявление и модификация схем» собраны техники для решения долгосрочных проблем, связанных с личностными схемами и зачастую сопутствующих расстройств личности или некоторым индивидуальным жизненным стилям. Эти техники будут полезны специалистам, работающим с пациентами, которые переживают повторяющиеся трудности в отношениях, профессиональной деятельности и решении вопросов идентичности и которым обычно помогает более продолжительная КПТ. В главе 11 «Техники эмоциональной регуляции» также отражены результаты труда коллег-клиницистов и моих собственных наблюдений за тем, какие копинг-навыки позволяют пациентам лучше справляться с бурными эмоциями. Ведь некоторым из них необходимо освоить навыки эмоциональной регуляции, прежде чем переходить к использованию других собранных в этой книге техник.

Последняя часть этой книги включает в себя короткую главу 12 с примерами того, как работать с каждым из упомянутых выше когнитивных искажений. Затем в трех небольших главах я опишу техники работы с такими распространенными проблемами, как «потребность в одобрении» (глава 13), «самокритика» (глава 14) и «злость» (глава 15). Можно было бы расширить круг рассматриваемых проблем, однако, полагаю, этих примеров будет достаточно, чтобы сориентировать клинических специалистов в процессе использования приведенных техник при работе с другими более или менее распространенными проблемами.

Надеюсь, интеграция описанных техник и стратегий в практику позволит коллегам проходить сквозь неизбежно возникающие в работе барьеры, помогая пациентам осваивать новые навыки для преодоления жизненных трудностей. Ни одну технику нельзя считать панацеей от всех бед, ни одна модель не является совершенной. В мире, полном ограничений, именно дополнительные копинг-навыки могут стать фактором, определяющим, удастся ли достичь в процессе психотерапии действительно значимых изменений – или движения вперед не будет. Эти навыки – основа необходимой каждому из нас профессиональной гибкости.

## Благодарности

Один из самых приятных моментов в написании книги – возможность признать влияние и поддержку, которые я получал на протяжении этих лет. Во-первых, я хочу поблагодарить Джима Наогта, который оставался моим редактором с самой первой книги, выпущенной мной в издательстве The Guilford Press. Я признателен Джейн Кейслар и Дженни Тэнг из Guilford, а также редактору Маргарет Райан, чей добросовестный труд помог воплотить эту книгу в реальность.

В свое время на мои взгляды повлияли работы большого количества специалистов, начиная с Аарона Бека, основателя когнитивной терапии. Я также хотел бы отметить влияние идей Джилл Абрамсон, Лорен Аллой, Арнуда Арнтца, Дэвида Барлоу, Джудит Бек, Дэвида Бёрнса, Дэвида А. Кларка, Дэвида М. Кларка, Франка Даттилио, Кита Добсона, Майкла Дугаса, Эдны Фoa, Пола Гилберта, Эллисон Харви, Стивена Хейса, Стефана Хофманна, Эмили Холмс, Шери Джонсон, Марши М. Линехан, Дуга Меннина, Кори Ньюмена, Кристин Пурдон, Стэнли Дж. Рахмана, Джона Рискинда, Пола Салковскиса, Дэбби Сукман, Джона Тисдейла, Денниса Тёрча, Адриана Уэллса, Марка Уильямса, Джеффри Янга и Зиндела Сигала. Я в огромном долгу перед коллегами из Американского института когнитивной терапии: за долгие годы сотрудничества они неоднократно выслушивали мои идеи, которые затем попадали в мои книги. Мне хочется отдельно поблагодарить Мелиссу Хоровитц, Лауру Олифф, Сьюзан Паулу, Мио Сэйдж, Скотта Вудруффа, Марен Уэстфаль и Пеггили Вупперман. Я также хочу выразить признательность своему ассистенту Синдху Шивайи, которая без усталости трудилась и на всех этапах сбора информации и подготовки текста выкладывалась даже больше, чем требовалось. Мне хочется поблагодарить друга и коллегу из Британской ассоциации поведенческой и когнитивной психотерапии Филипа Тата, который направлял и поддерживал меня на протяжении долгих лет.

И, конечно же, где бы я был, чего бы добился без моей милой, заботливой, мудрой жены Хелен, которая щедро делится со мной своим чувством юмора и поддержкой? Ей я и посвящаю эту книгу.

# Часть I

## Когнитивная терапия: начало

### Глава 1

#### Введение

Второе издание *«Техник когнитивной терапии»* предлагает клиническим специалистам широкий спектр когнитивных и поведенческих интервенций, которые можно использовать в работе с депрессией, тревогой, гневом, проблемами в отношениях и многими другими формами психопатологии. Эта книга написана в первую очередь в рамках когнитивной модели и сосредоточена на содержании, функциях и формах мышления. Однако я также включил в нее техники, отражающие идеи метакогнитивной терапии, терапии принятия, поведенческой активации, диалектической поведенческой терапии и терапии, сфокусированной на сострадании.

Со времен Бека и Эллиса когнитивная модель существенно расширилась. Изначально упор в ней делался на конкретное содержание мышления: типичные категории мыслительных искажений в автоматических мыслях, лежащие в их основе допущения и глубинные схемы или убеждения. Особое внимание в классической когнитивной модели уделялось необходимости определения того, как схемы влияют на внимание, память и поддержание убеждений, не приносящих пользы. Таким образом, подчеркивалась роль предвзятости восприятия и схематизированной обработки информации в отстаивании негативных убеждений у людей в состоянии депрессии, даже несмотря на наличие позитивной информации, которая могла бы противоречить их убеждениям.

В современной формулировке исходное строение когнитивной модели сохранено и расширено: считается, что расстройства личности характеризуются устойчивыми схемами в отношении себя и других, а также стилями компенсации, избегания и подкрепления схем. Кроме того, благодаря концепции режимов были выделены систематические, взаимосвязанные паттерны реакций, организующие процесс познания, мотивационное поведение, межличностное функционирование и эмоциональные реакции в соответствии с постоянными самоподдерживающимися системами: например, гневом, манией или депрессией (Beck & Haigh, 2014). Режим— конструктор высшего порядка, который отвечает за координацию разнообразных компонентов и служит поддержанию режима и его расширению на новые сферы жизни.

Когнитивная модель, безусловно, внесла существенный вклад; но и другие модели способствовали возникновению ряда формулировок, стратегий и техник, доступных психотерапевтам на сегодняшний день. В частности, в этом новом издании отмечено влияние метакогнитивной модели Уэллса (2007, 2008, 2011); модели поведенческой активации Мартеллы, Димиджан и Херман-Данн (2010); терапии принятия и ответственности (АСТ) Хейса, Стросала и Уилсона (2003); диалектической поведенческой терапии (DBT) Линехан (2015); терапии, сфокусированной на сострадании (Gilbert, 2009); а также других подходов. Кроме того, я включил в эту книгу научные идеи, связанные с когнитивной природой принятия решений (Kahneman, 2011), осознанности (Teasdale et al., 2012), а также данные, собранные мной в ходе изучения эмоциональных схем (Leahy, 2015).

Как станет понятно из нескольких первых глав, согласно когнитивной модели, депрессия, тревога, гнев и другие проблемы поддерживаются, активизируются и усугубляются из-за мыслительных искажений. В их основе лежат схемы – устойчивые паттерны организации информации вокруг существовавшей ранее идеи. Концепция схем не нова для психологии и восходит еще к Бартлетту и Пиаже. В 1970-х годах большое внимание схемам уделялось также в психо-

логии мышления и социального познания – исследователи изучали их роль в избирательном внимании, памяти и интерпретации информации. Таким образом, когнитивная модель отчасти сформировалась в результате революции, произошедшей в те годы в понимании психологии обработки информации. Хотя как модель Бека, так и модель Янга подтверждают, что схемы вырабатываются в раннем детстве, исследования показывают, что схемы могут формироваться в любые периоды жизни и не осознаваться человеком (Bargh & Morsella, 2008; Andersen, Saribay, & Przybylinski, 2012; Fiske & Macrae, 2012). Такие схемы действуют автоматически, но когнитивная модель предполагает возможность сознательного получения доступа к ним с помощью ряда техник. Итак, в некотором роде цель психотерапии заключается в том, чтобы тайное сделать явным.

В когнитивной психотерапевтической модели особое внимание уделяется психологическому просвещению пациента в отношении базовых допущений в его рассуждениях, а также природы используемого в терапии подхода. Терапевт может уже на первой сессии дать понять, что их работа с пациентом будет сосредоточена на том, что он думает и делает в определенные моменты времени, как можно иначе смотреть на происходящее и вести себя, как выполнение домашней работы между сессиями послужит целям самопомощи и позволит обобщить выводы, сделанные в ходе встречи. Кроме того, зачастую в когнитивной терапии используется библиотерапия: терапевт выдает пациенту информационные материалы по разным вопросам и рекомендует полезные для терапевтического процесса книги.

Большое значение в рамках когнитивного подхода придается фактической проверке представлений пациента о реальности. Терапевтический процесс направлен на выявление убеждений человека и паттернов мышления, лежащих в основе его проблем. Этот эффект достигается с помощью техник постановки вопросов и поведенческих экспериментов. Так, у пациентов с депрессией зачастую обнаруживаются негативные представления о себе, жизни и будущем, и они, как следствие, неохотно пробуют новые формы поведения (которые, если не дадут желаемых результатов, могут стать причиной еще большего упадка сил и разочарования). В процессе терапии стимулируется осознание мыслей, формирующих и подпитывающих это негативное восприятие, закладывается основа для возникновения сомнения в безошибочности такого образа мыслей. Терапевт подкрепляет скептицизм пациента по отношению к любым угнетающим мыслям, демонстрирует их возможные последствия и необходимость оценки того, насколько они способствуют достижению целей человека и соответствуют фактам. Одним словом, в ходе работы с пациентом продвигается эмпирический подход к действительности: «Какие последствия могут быть у такого образа мыслей?», «К каким последствиям может привести изменение отношения к происходящему?», «Давайте проверим, насколько ваша мысль соответствует реальности».

Более того, когнитивные терапевты касаются вопросов смысла (и его отсутствия) в представлениях, через призму которых пациенты с депрессией или тревогой себя критикуют. Это могут быть представления, не имеющие практического воплощения, например: «ничего не стоящий человек» или «неудачник». Моя практика показывает, что пациентам полезно отказываться от использования обобщающих ярлыков для неизменных качеств («Я – *бездарность*»), переходя к более конкретным, связанным с поведением описаниям («Я не достиг *этой цели в этот промежуток времени*»). Уточняя и ограничивая описания поведенческими проявлениями, ситуациями и временем, терапевт и пациент могут прийти к пониманию того, что успешность деятельности варьируется в зависимости от контекста, убеждений, мотивации и выбираемых форм поведения. Такой конкретизированный подход к происходящему подталкивает пациентов к более гибкому мышлению и позволяет им проверять негативные мысли экспериментально. Например, я могу предложить: «Давайте попробуем другой подход к достижению этой цели и посмотрим, что произойдет». Ведь поведение можно менять – а черты личности

кажутся нам статичными, в связи с чем у пациентов формируется уверенность в безнадежности попыток что-то изменить.

В рамках когнитивной модели «реальность» считается *открытой системой*. Это конструктивистский подход в том смысле, что в распоряжении «познающего» – в данном случае терапевта и пациента – никогда не окажутся все факты. Провести исчерпывающую проверку информации просто невозможно. В настоящей жизни решения принимаются на основе неполного знания, в реальном времени и всегда в условиях неопределенности. Такое представление об открытости системы важно для процесса принятия решений, который мы подробнее обсудим в главе 6. *Знание* эмпирического мира подразумевает скорее вероятности, чем несомненные факты. Предсказания всегда основываются на неполной информации. Признание того, что все наши заключения предполагают неполноту, неопределенность и вероятностность, – ключевой аспект позиции когнитивного терапевта. Поэтому, когда пациент требует определенности – «Да, но ведь именно я могу оказаться именно в том единственном самолете, который потерпит крушение!», – когнитивному терапевту следует, во-первых, признать существование такой экзистенциальной возможности и, во-вторых, подчеркнуть невозможность ее устранения. На самом деле пациенту важно ответить на вопрос: «Почему же мне так сложно принять неопределенность?» Таким образом, мы приходим к новому пониманию «познавательных потребностей» пациента – это желание точно предсказывать, что случится в будущем. Зачастую исследование этой потребности помогает осознать, что в системе координат пациента «определенность» отражает желание абсолютного контроля над происходящим, без которого якобы начнутся разнообразные происшествия. Ниже мы обсудим, почему тренинг переносимости неопределенности превращается в эффективное лекарство от волнения и руминаций, в которых «думающий» пытается исследовать все возможные варианты развития событий и соответствующие им решения, чтобы добиться определенности. Пациентам нужно признать не только необходимость принимать решения в неопределенном по своей природе мире, но и в принципе отсутствие в нем какой-либо определенности. Жизнь всегда происходит в реальном времени в условиях ограниченной информации и контроля.

Когнитивная терапия не пропагандирует силу позитивного мышления. Терапевту не нужно превращаться в чирлидера-оптимиста. Мы предлагаем пациенту оценивать аргументы за и против его убеждений, обдумывать возможные последствия использования иных подходов к осмыслению происходящего. Важно понять, что одну такую оценку мыслей нельзя считать вердиктом на всю оставшуюся жизнь. Нам постоянно поступает новая информация. Реальность – система изменяющаяся. Подобный взгляд на действительность позволяет пациенту поверить в возможность пересматривать убеждения и менять поведение, в способность принимать новые решения и рассматривать новые стратегии. Поиск решений – естественное изменяющееся состояние, существующее в динамической системе с непрерывной обратной связью, в том числе через мысли, поведение и результаты деятельности. Такая естественная, открытая, динамическая система отношения к мыслям, поведению и новым стратегиям – настоящее эпистемологическое противоядие для беспомощности и безнадежности. Мы всегда можем по-новому взглянуть на происходящее, всегда остается что-то, чего мы еще не пробовали делать.

В когнитивной терапии обязательно используются такие поведенческие техники, как планирование активности, экспозиция, самопоощрение, создание «меню» поощрений, отработка ассертивного поведения и др. Эффективность их применения оценивается через сравнение сформулированных заранее предсказаний («Как думаете, что произойдет в процессе экспозиции? Как долго продлится тревожное состояние? Насколько сильным оно будет? Чего вы не сможете сделать, если будете испытывать тревогу?») и реальных фактов («Что на самом деле произошло?»). Важным аспектом поведенческих техник является изменение убеждений, корректировка будущих предсказаний и поощрение готовности пациента использовать различные поведенческие стратегии. Поведение влияет на мышление, а мышление влияет на жела-

ние реализовывать поведение и на оценку полученного в ходе поведенческих экспериментов опыта. Мы предпочитаем называть этот процесс поведенческими экспериментами, потому что они не только расширяют репертуар действий пациента, но также позволяют менять убеждения, которые на протяжении длительного времени способствовали сохранению проблемы. Терапевт может предложить пациенту проверить убеждение в том, что последствия неполучения одобрения будут катастрофическими. Эта проверка будет включать в себя разнообразные поведенческие эксперименты, такие как упражнения на развитие ассертивности, в ходе которых пациент переживает опыт получения (или выражения) неодобрения – и удостоверяется в том, что в реальной жизни после этого обычно не происходит существенных изменений. Корректируя убеждения, связанные с неактивностью, терапевт помогает пациенту сформировать новую модель отношения к активным действиям. Такие поведенческие опыты важны в том числе в процессе лечения панического расстройства. Терапевт подталкивает пациента к сознательному усилению пугающих ощущений и исследованию их реальных последствий, а также к выполнению экспозиции по отношению к пугающим мыслям посредством техники «наводнения». Ключевым моментом здесь является проговаривание полученного опыта: за поведением должна следовать рефлексия.

Хотя в рамках традиционной когнитивной модели упор делается на содержание мыслей (например, «Я неудачник»), более новые модели когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) придают большее значение реакции пациента на эти мысли. Я включил в данное издание техники из подходов, основанных на осознанности и принятии, из метакогнитивной терапии, а также из интегративной когнитивной модели, в рамках которой рассматривается реакция пациентов на навязчивые мысли (руминации и волнение). Такие мысли «уносят» пациентов, и те воспринимают их как неприемлемый психический опыт. Описанные выше подходы помогают терапевту разбираться с вопросами интерпретации мыслей как источника опасности, личностно значимого и не поддающегося контролю явления; возможности «децентрализации» или дистанцирования от мысли; желания действовать, несмотря на фоновый шум, связанный с появлением мысли; перенесения мысли в контекст преходящего психического опыта. Мы разберем разнообразные техники, которые терапевт может использовать для решения этих задач.

Терапия зачастую предполагает возникновение дискомфорта. Он является важной составляющей терапевтического процесса в АСТ, практиках осознанности, поведенческой терапии, DBT и терапии эмоциональных схем. Возникающие темы могут быть неприятными, всплывающие воспоминания нередко приносят с собой грусть и тревогу, освоение новых форм поведения приводит к повышению уровня дискомфорта. Эти ощущения неприятны, но они неизбежны. Если пациент испытывает их в процессе освоения ценных форм поведения, этот опыт может оказаться полезным, так как он помогает убедиться в способности выдерживать дискомфорт, сопряженный с достижением значимой цели. В этой книге мы рассмотрим широкий спектр подходов к отработке эмоциональной регуляции и формированию устойчивости к сложным чувствам. Например, в процессе схема-терапии мои пациенты получают возможность выявить и модифицировать убеждения в отношении чувств, которые, как им кажется, будут длиться на протяжении неопределимого количества времени и которые необходимо подавлять или контролировать. Этот взгляд на эмоции приводит к избеганию и пассивности. Подобным пациентам важно найти ответ на вопрос: «Обоснованы ли эти убеждения о ваших эмоциях?» Таким образом, в распоряжении терапевта оказывается широкий спектр техник из разных подходов, позволяющих работать над неэффективными убеждениями об эмоциях и тем самым не только стимулировать поведенческие изменения, но и углублять терапевтическое воздействие и его смысл. Когда терапевтический процесс не является поверхностным, он может быть неприятным и даже болезненным.

Использование техник также должно включать концептуализацию случая. Представители различных психотерапевтических школ по-разному трактуют и реализуют этот процесс.

Когнитивные терапевты обычно делают упор на разные уровни когниций – автоматических мыслей, лежащих в их основе допущений и схем отношения к себе и другим, – и связывают эти схемы и копинг-стратегии с детским опытом, существенными жизненными событиями (в настоящем или прошлом) и результатами применения этих копинг-стратегий. Мой опыт показывает, что концептуализация случая меняется в процессе терапии по мере того, как терапевт все больше узнает о неэффективных метакогнитивных стратегиях пациента (например, волнениях или руминациях) и склонностях к поведенческому избеганию, инерции, дисфункциональным паттернам в принятии решений и выборе партнеров и друзей, а также других важных составляющих, которые поддерживают существование долгосрочных проблем. Терапевт может углубить значение и значимость того, что вскрывается в ходе терапии, периодически спрашивая пациента: «Как это соотносится с тем, что нам уже известно?» Таким образом, техники помогают пациенту преодолеть препятствия и изменить образ мыслей, а концептуализация позволяет взглянуть на происходящее шире и отметить потенциальные уязвимости – причем не только выявляя ситуации-триггеры, но и обозначая мысли, формы поведения и выборы, которые способны ухудшить ситуацию. На самом деле истинной целью терапии должно быть не «улучшение самочувствия», но помощь пациенту в процессе освоения спектра эффективных способов разрешения проблем в будущем. Техники и концептуализация случая позволяют пациенту обрести эту новую силу.

Когнитивные терапевты понимают, что рационального анализа и описания мыслительного процесса не всегда достаточно для достижения необходимых изменений. Техники, направленные на вызывание эмоций, развитие мотивации, и экспериенциальные техники активизируют новые феноменологические переживания и чувства и потому также играют важную роль в процессе терапии. Пациент может нуждаться в противостоянии реальности, чтобы на эмоциональном уровне пережить экзистенциальное значение «рационального» ответа (новых мыслей и форм поведения) – или, проще говоря, нового образа мыслей. Когнитивные терапевты помогают клиентам превратить мысли в действия с помощью поведенческих экспериментов, которые постепенно трансформируются в практическую деятельность.

Некоторые критики когнитивной терапии называют ее слишком рациональной и склонной к упрощениям – якобы она напоминает скорее словесные игры, чем работу с эмоциями. Поэтому я посвятил отдельную главу экспериментальным техникам, разработанным в рамках терапии, сфокусированной на эмоциях, а также других моделей (в том числе из собственного опыта работы с эмоциями). Крайне важно соблюдать баланс между техниками когнитивной терапии и эмпатией, валидацией опыта пациента и мотивационной беседой – то есть стилями организации терапевтического процесса, помогающими пациенту относиться к когнитивным интервенциям как к эмоционально значимому опыту. Тем не менее мне интересно, чем критики метода объясняют серьезнейшие изменения на эмоциональном уровне, которые происходят в процессе когнитивной психотерапии у пациентов с депрессивными и тревожными состояниями. В конце концов когнитивная терапия помогает людям становиться менее подавленными и тревожными, то есть *работает* с эмоциями в самом важном для терапии аспекте изменения негативных чувств.

У специалистов, практикующих когнитивную психотерапию, обычно появляются «любимые техники». Одни по большей части полагаются на планирование активности, проверку доказательств и ежедневное отслеживание дисфункциональных мыслей. Другие отдают предпочтение рациональным ролевым играм, технике двойных стандартов и проверке предсказаний. Однако ограниченный терапевтический репертуар плох тем, что с разными клиентами и проблемами работают различные техники. Одни пациенты хорошо реагируют на когнитивную реструктуризацию, другие – на поведенческую активацию, третьим подходят метакогнитивные техники, четвертым – принятие. Специалист не должен ограничиваться в работе методами какой бы то ни было одной терапевтической школы. Ведь пациенты приходят к нам за нашими

лучшими инструментами – и, равно как и в фармакотерапии, не существует единого подхода, который был бы идеальным для всех. Важно подбирать лечение под пациента, а не наоборот.

Я помню, как несколько лет назад один из стажеров спросил меня: «Но как понять, какой вопрос задавать пациенту?» Скорее всего, он хотел узнать, как выбрать подходящую для клиента технику. Изначально я подумал, что это не очень хороший вопрос – вероятно, потому, что готового ответа на него у меня не было. Однако потом я признал, что на самом деле вопрос был отличный (я даже пожалел, что сам не задавался им ранее). Прошли годы, а я все так же не знаю, как на него ответить. Но я собрал широкий спектр разнообразных техник. Возможно, заинтересованные читатели найдут в этой книге техники, которые им незнакомы и о которых они раньше не слышали. Но, скорее всего, этот сборник станет полезным «напоминанием» – чем-то, что активизирует память читателей и поможет им понять, что, скажем, пять техник, применяемых с текущими пациентами, можно расширить до 50 – и использовать для этого приемы, которые они знали, но почему-то не задействовали в последние месяцы или годы. Мне представляется, что специалисты-практики смогут обращаться к этой книге постоянно, особенно на этапе планирования сессий или сталкиваясь с препятствиями в терапевтическом процессе, избежать которых не удастся никому из нас. Умение проявлять гибкость и спрашивать себя: «Что еще я мог бы попробовать?» помогает добиться существенных перемен к лучшему.

В этой книге собраны техники для работы с практически любым психиатрическим расстройством, и в этом смысле ее можно назвать *трансдиагностической*. Так, хотя диагнозы «шизофрения» и «генерализованное тревожное расстройство» имеют существенные различия, они оба предполагают наличие навязчивых мыслей, неэффективных стратегий и интерпретаций, которые можно модифицировать.

Эта книга не является пособием для пошагового освоения КПТ. Однако крайне важно, чтобы терапевт помогал пациенту понимать суть, природу терапии. А это понимание – процесс поступательный. Терапевту нужно познакомить пациента с идеей о том, что его мысли и чувства о чем-либо и реальное положение вещей иногда могут существенным образом отличаться; следует донести до человека, что целью психотерапии является исследование того, как мыслительные привычки могут негативно влиять на жизнь. Многие пациенты обращаются к нам с допущениями, которые не способствуют положительным изменениям: например, они могут воспринимать терапию как возможность выговориться, фокусируясь при этом на анализе прошлого, или считают, что у всех психологических проблем обязательно есть биологические причины, а значит, лечение должно быть медикаментозным. Хотя доля истины в этих представлениях есть, когнитивно-поведенческий подход ориентирован в первую очередь на действия, сфокусирован на проблемах в настоящем, опирается на практики самопомощи и предполагает выстраивание сотрудничества между пациентом и терапевтом.

Однажды ко мне обратилась пациентка, которая не раз пыталась совершить суицид и недавно почти сделала это. На первой сессии я спросил ее, что она надеется получить от терапии. Она сказала: «Я хочу понять, почему я такая негативистка».

«Разобраться в этом бывает интересно и даже полезно, но подход к терапии, которого придерживаюсь я, в первую очередь нацелен на достижение *изменений*. Поэтому меня интересует, что вы хотите изменить. Мышление, поведение, пассивность, то, как вы выстраиваете контакты с другими, склонность к руминациям, ощущение безнадежности – все это мы можем попытаться скорректировать. Можно выстраивать теории о том, в чем причина сложившейся ситуации; но, полагаю, мы добьемся большего, если сосредоточимся на изменениях», – ответил я.

На следующую сессию она вошла со словами: «Я уже много лет ходила к психотерапевтам, но лишь теперь впервые задумалась: а что я, собственно, хочу изменить?»

Акцент на необходимости выявления неэффективных паттернов мышления и копинг-стратегий, а также признание существования возможных альтернатив – основа всех подходов

КПТ. Все сосредоточено вокруг изменений. Так что если говорить о самой первой, исходной технике, то это и есть вопрос: «Что вы хотели бы изменить?» Ввести эту мысль в обсуждение мне обычно помогает «техника волшебной палочки»: «Если бы у меня была волшебная палочка (которой, к сожалению, не существует), что можно было бы с ее помощью изменить, чтобы вы почувствовали себя лучше?» Упор на изменения – вовлечение пациента в процесс поиска альтернатив – главное противоядие от беспомощности и безнадежности.

В первых четырех главах – «Выявление мыслей», «Оценка и проверка мыслей», «Оценка допущений и правил» и «Логические ошибки и искажения в обработке информации» – представлен обзор базовых техник когнитивной терапии. Эти главы нужно читать последовательно. В главе 2 рассматривается ряд техник, помогающих пациенту понять разницу между мыслями, чувствами и реальностью, а также научиться узнавать автоматические мысли, которые влияют на настроение и поведение. Такая мысль может представлять, например, в форме описания реальности, соответствующего или не соответствующего фактам. Подобные мысли или интерпретации приводят к возникновению определенных чувств. Цель терапии – оценить соответствие мыслей и реальности. В главе 3 собраны техники оценки и проверки этих мыслей, направленные на развитие более адаптивных и гибких способов исследования опыта. Глава 4 посвящена правилам (утверждениям с «нужно», «если – то» и «должен»), которые зачастую приводят к появлению ложных заключений, усваиванию неэффективных копинг-стратегий и поддержанию негативных схем. В главе 5 рассматриваются типичные ошибки в обработке информации и вынесении логических заключений, из-за которых вырабатывается предвзятость подтверждения и поддерживаются более общие негативные убеждения. Выявление и исправление этих ошибок – важнейшая составляющая эффективной когнитивной терапии. В главе 6 «Модификация процесса принятия решений» разбирается ряд вопросов, лежащих в основе формирования неэффективных подходов к принятию решения. В ней психотерапевты найдут концептуализации, стратегии и техники по совершенствованию этого процесса. Многие люди оказываются в состоянии депрессии и тревоги из-за своих противоречивых решений, склонности к руминациям и прокрастинации вместо принятия разумных рисков. В конце концов любые изменения так или иначе связаны с принятием решений. В главе 7 я разбираю техники из разных теоретических моделей, которые позволяют прорабатывать процессы переживания, оценки и реагирования на нежелательные навязчивые мысли. Обращаясь к метакогнитивной модели, практикам принятия, осознанности и другим подходам, психотерапевт освоит полезные стратегии для разрешения этих распространенных трудностей. В главе 8 собраны техники по работе с волнением (или руминациями), с помощью которых терапевт может выстроить детализированный подход к этой уязвимости. Они основываются на моделях эмоционального избегания, тренинга переносимости неопределенности, метакогнитивной теории, принятия и других подходах. Исходя из собственных многолетних наблюдений по работе с волнением, могу сказать, что полезно иметь наготове разные техники: одним людям помогает одно, а другим – другое. Читателю придется самостоятельно экспериментировать и определять, какие приемы подходят или не подходят конкретным пациентам. Глава 9 посвящена часто встречающимся проблемам тревоги, депрессии и гнева и призвана помочь *взглянуть на проблемы шире*. Ведь действительно, нужно напоминать себе, что слово «рациональный» образовано от греческого слова «ratio», которое по сути и подразумевает оценку в перспективе. В главе 10 рассматриваются методы из схема-терапии. Я касаюсь вопросов выявления и идентификации схем, отслеживания их происхождения, оценки паттернов избегания, компенсации и поддержания схем, а также снижения их ригидности и повсеместности проявления с помощью разнообразных техник. Глава 11 посвящена вопросам эмоциональной регуляции с помощью техник, заимствованных из ДБТ, терапии эмоциональных схем практик осознанности, принятия и др. В некоторых случаях именно работа с эмоциями может оказаться для терапевта задачей № 1 – если эмоциональная дисрегуляция настолько сильна, что осложняет

когнитивную рефлексию, поведенческую активацию и экспозицию, или же если встает вопрос о безопасности самого пациента либо других людей.

Третья часть книги, посвященная отдельным специфическим вопросам, состоит из четырех глав. В главе 12 я привожу список техник, применяемых в работе с определенными когнитивными искажениями. Например, там вы найдете техники с короткими примерами изучения, оспаривания и изменения таких типов мыслительных искажений, как чтение мыслей, персонализация, навешивание ярлыков, и др. (Некоторые психотерапевты выступают против использования термина «искажения», однако я сохраняю его, потому что убежден: депрессия, тревога и гнев зачастую возникают именно вследствие таких искажений. Вместе с тем читатель может заменить этот термин другими формулировками – например, «предвзятые», «неполезные» или «вредные» мысли, – если сочтет это более позитивным или полезным для пациента.) Эта глава может стать удобным руководством для терапевтов, стремящихся структурировать сессию (или даже несколько сессий), а также для тех, кто хочет обогатить свой репертуар техник работы с когнитивными искажениями. В главе 13 я разбираю пример кейса и диалоги с клиентами, направленные на модификацию потребности в одобрении. Повторюсь: не существует единой схемы, подходящей для структурирования сессии с любыми пациентами. Однако, ознакомившись с этой главой, читатель получит представление о том, как следует проводить такую встречу с клиентом и о чем на ней можно говорить. В главе 14 я аналогичным образом разбираю работу с самокритичным мышлением. Читатель поймет, как звучит подобный диалог; но сам в дальнейшем сможет придерживаться собственного стиля работы.

Я всегда подчеркивал пользу наблюдения за практикой более опытных специалистов. Однако то, как вы организуете собственные сессии, будет отражать ваш стиль. Вы выберете те техники, которые посчитаете эффективными. В главе 15 я описываю процесс лечения пациента, имеющего проблемы с управлением гневом, который помимо всего прочего находился в ситуации угрозы развода. Многих пациентов, испытывающих трудности с гневом, побуждают обратиться за терапией смешанные мотивы: кто-то хочет измениться, а кто-то стремится минимизировать свою проблему, продолжая при этом винить во всем других. Диалоги, собранные здесь, – конкретный пример работы с такими сложностями у одного подобного клиента. Конкретные стратегии интервенций для специфических расстройств – панического расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства и социофобии – здесь не рассматриваются. Их можно найти в книге «Планы лечения и интервенции при депрессивных и тревожных расстройствах» (*Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, Leahy, Holland, and McGinn, 2012). Подробное описание кейса с применением разнообразных когнитивно-поведенческих техник приведено в прекрасной книге Джудит Бек «Когнитивно-поведенческая терапия: от основ к направлениям» (второе издание).

Некоторые критики считают когнитивную терапию слишком формальной и ориентированной на техники. Соглашусь: она действительно может стать механистичной, неконцептуальной, поверхностной или просто скучной. Именно поэтому я написал книгу о сопротивлении в когнитивной терапии, валидации жалоб пациентов, предотвращении рисков, роли жертвы, проработке схем, самоограничениях и самоосознаниях (Leahy, 2001b), а также подчеркивал важнейшую роль эмоций и их проработки в КПТ (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011; Leahy, 2015). Существуют отличные книги, описывающие концептуализацию в КПТ (Persons & Tompkins, 1997; Beck, 2005; Kuyken, Padesky, & Dudley, 2009). Проблемы контрпереноса тоже могут быть концептуализованы и проработаны в рамках когнитивно-поведенческой парадигмы. Терапевт может использовать собственный контрперенос для понимания мира межличностных взаимодействий и стратегий пациента (Leahy, 2001b; Bennett-Levy, Thwaites, Haarhoff, & Perry, 2015). Тем не менее необходимо помнить, чем обусловлена необходимость использования техник выявления, исследования, проверки, оспаривания и модификации мыслей и

поведения. Когнитивная терапия основывается именно на этих строго определенных подходах, эффективность применения которых доказана.

Многие терапевты предпочитают проводить консультации в собственном стиле, по-своему интегрируя различные модели. Независимость и инновации, конечно, похвальны, но они вторичны по отношению к методам лечения с эмпирически доказанной эффективностью. Так, может иметь смысл отсрочить модификацию схем и для начала предложить пациенту опробовать модули работы с депрессией и тревогой – интервенции с подтвержденной эффективностью. Разве мы не ответственны перед пациентом за то, чтобы в первую очередь применять техники, о пользе которых говорят соответствующие исследования? Я помню, как однажды ко мне на обучение пришла довольно разумная терапевт, которая думала, что может проводить когнитивную терапию «по-своему», но пациенты часто прекращали ее преждевременно. Постепенно она модифицировала свой эклектический стиль консультирования (который, помимо прочего, не предполагал домашних заданий) и стала использовать более классическую модель когнитивной терапии, сосредоточенную вокруг техник, структуры сессий и домашних заданий. Эффективность ее работы резко повысилась, а количество преждевременно бросивших терапию клиентов уменьшилось. Вообще, я советую психотерапевтам в первую очередь освоить техники и подходы к лечению, которые доказали свою эффективность. Прежде чем разрабатывать собственную систему и модифицировать стратегии когнитивной терапии для конкретного пациента, стоит применить интервенции с эмпирически доказанной ценностью.

В ходе когнитивной терапии я использую несколько техник для закрепления результата с каждым пациентом – даже после изменения негативной мысли. Я убежден, что *практики и обучения много не бывает*, – особенно если речь идет о преобразовании мыслительных привычек, сформировавшихся годами. Когда мы применяем сразу несколько техник для проверки и оспаривания одной негативной мысли, мы помогаем пациенту осваивать разные приемы, которые он сможет использовать в будущем, если справиться с первого раза не получится. Я впервые познакомился с этим подходом много лет назад, обучаясь мастерству когнитивной терапии у настоящего повелителя этих техник Дэвида Бёрнса. Я описывал проблему, возникающую у пациента, – скажем, глубоко засевшую негативную мысль. Дэвид сказал мне: «Назови 10 техник, которые ты мог бы ему предложить». В реальной жизни такой подход был невероятно полезным в процессе структурирования сессий и очень помогал моим пациентам. Они получали в распоряжение самые разные способы работы с негативными мыслями.

Я также понял, что крайне важно постоянно получать от пациентов обратную связь. Кроме того, и пациенту, и терапевту следует периодически подводить промежуточные итоги: вспоминать и записывать изученные техники, оценивая, что было полезно, а что нет и по какой причине. Например, всегда нужно обсуждать, почему сравнение доказательств за и против может *не* работать с автоматическими мыслями. Возможно, всему виной более фундаментальное убеждение, правило или требование абсолютной определенности – в таком случае их и нужно модифицировать. Когда техники не работают, у нас появляется возможность обратиться к чему-то даже более надежному – схемам и абсолютным правилам. На самом деле амбициозные и любознательные специалисты могут только порадоваться такому повороту, поскольку неудачи (как и сопротивление) в терапии позволяют переходить к более фундаментальным проблемам, совершенствовать концептуализацию и использовать в работе более широкий спектр техник для изучения глубинных убеждений пациентов.

Я считаю поведенческие техники ключевым аспектом терапии и потому включил их список в приложение А «Планы лечения и интервенции при депрессивных и тревожных расстройствах» (Leahy, Holland, et al., 2012). Читатели, которые хотели бы более подробно ознакомиться с поведенческой терапией, могут обратиться к изданию «Современная поведенческая терапия» под редакцией Майкла Шпиглера (*Contemporary Behavior Therapy, Sixth Edition*, edited by Michael D. Spiegler, 2016). Будучи когнитивным (или когнитивно-поведенческим)

терапевтом, я считаю поведенческие техники полезнейшим инструментом для проверки негативных мыслей. Сюда можно отнести планирование активности, отсортированные по уровню сложности задачи, прогнозирование удовольствия и поведенческие интервенции, позволяющие пациентам проверять негативные убеждения вроде «Меня ничто не радует» и «Я постоянно подавлен». Тренинг ассертивности используется для проверки мыслей наподобие «Я никому не нравлюсь» и «Я ужасно робкий». Отвлечение внимания применяется для проверки таких идей, как «Я не контролирую свои мысли» и «Я постоянно волнуюсь». Экспозиционная иерархия помогает в модификации убеждений об опасности определенных стимулов, которые якобы нельзя вытерпеть. Экспозиция в воображении позволяет оспорить представление о том, что даже мысли об определенной теме невозможно пережить. Благодаря релаксационному тренингу можно достичь сразу нескольких целей: (1) проверять мысли вроде «Я постоянно нервничаю»; (2) находить успокаивающие мысли или состояния, подходящие для оспаривания негативных мыслей; (3) снижать общий уровень возбуждения и, как следствие, уменьшать эмоциональную предрасположенность к негативным мыслям. Наконец, управление самоощущением и самоуправление в непредвиденных обстоятельствах могут способствовать изменению негативных убеждений, связанных с компетентностью. Каждый раз при использовании поведенческих техник полезно предлагать пациенту определять автоматические негативные мысли и применять поведенческие методы их оспаривания.

Для наглядности я сопровождаю описание каждой техники диалогом терапевта и пациента. На мой взгляд, всегда имеет смысл анализировать конкретные формулировки – такие диалоги впоследствии можно использовать как ориентир для подражания. И хотя я искренне надеюсь, что эта книга будет полезна читателям, она ни в коем случае не заменит обучения и супервизий. К счастью, сегодня доступны прекрасные возможности для получения дополнительного образования на вебинарах и конференциях, спонсируемых Ассоциацией поведенческой и когнитивной терапии, Британской ассоциацией поведенческой и когнитивной психотерапии и Американской ассоциацией тревожных и депрессивных расстройств, а также на местных и региональных мастер-классах и конференциях. Академия когнитивной терапии проводит аттестацию специалистов со всего мира и предоставляет им членство, открывая беспрецедентные возможности для обсуждения возникающих в терапии вопросов. И, конечно же, лучший источник знаний – наши пациенты, к которым всегда нужно прислушиваться самым внимательным образом, отмечая, какие методы работают эффективно, а какие нет и почему. Если мы будем слушать тех, кому мы помогаем, учиться у них, мы сможем сделать психотерапию еще более эффективной. Терапия – не абстрактная, теоретическая субстанция. Она всегда разворачивается в реальном мире, и участвуют в ней реальные люди, сталкивающиеся с реальными проблемами.

Эта книга посвящена техникам, но самая ценная техника и самая главная интервенция – это ваши действия, направленные на то, чтобы нуждающийся в помощи человек почувствовал, что о нем заботятся и его слышат. Помню, как, завершая практику в Филадельфии, чтобы перебраться в Нью-Йорк, я спрашивал у своих пациентов, что им нравилось и не нравилось в моем подходе к психотерапии. Как ни странно, почти никто не жаловался на излишнюю структурированность и рациональность. Одна женщина даже расчувствовалась: «Я всегда знала, что вам не все равно. Знала, что вы поможете, когда мне будет нужно». Но что же ей не нравилось в работе со мной? «То, что вы не давали вас обнять».

Пожалуйста, пользуясь этой книгой, помните: за каждой техникой должен стоять живой человек, сопереживающий страданию другого. Возможно, это и есть лучшая психотерапевтическая техника. Ее принято называть *сочувствием*.

## Часть II Техники

### Глава 2 Выявление мыслей

Ряд когнитивных моделей стресса, тревоги и психопатологии подчеркивают роль оценочных суждений, приписывания причин и интерпретации событий в возникновении и поддержании неэффективных копинг-стратегий. Согласно концепции рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ) Эллиса, в основе психологических трудностей обычно лежат «искажения» или «предвзятые суждения» вроде катастрофизации («Получить плохую оценку просто ужасно»), долженствования («Я должна быть идеальной» или «Ты должен удовлетворять мои потребности»), сверхобобщения («Со мной так всегда») и низкой переносимости фрустрации («Терпеть не могу, когда приходится так долго ждать») (Ellis & Harper, 1975; Ellis, 2001). Например, студентка, уверенная в том, что будет ужасно, если она получит тройку за доклад, думает, что она обязательно должна учиться идеально. Для нее «невыносима» мысль о возможности не оправдать собственных ожиданий. Из-за подобных рассуждений она может считать себя полной неудачницей и, вероятно, почувствует подавленность и тревогу.

Аналогичным образом в рамках когнитивной модели психопатологии Бека упор делается на основополагающую роль мышления в процессе возникновения и поддержания депрессии, тревоги и гнева (Beck, 1967, 1976; Beck, 2011; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, 1979). Из-за когнитивных искажений нехорошим событиям приписывается особое значение: например, последствия потерь и препятствий преувеличиваются, воспринимаются на свой счет и обязательно в негативном ключе (Beck & Alford, 2009). В когнитивной модели выделяются несколько уровней когнитивной оценки (Beck, 2011). На самом поверхностном уровне существуют автоматические мысли: они возникают спонтанно, кажутся верными и обычно связаны с проблемным поведением или беспокоящими эмоциями. Эти автоматические мысли можно классифицировать в соответствии с определенными мыслительными искажениями: например, чтение мыслей, персонализация, навешивание ярлыков, предсказание будущего, катастрофизация и дихотомическое мышление («все или ничего») (см. Beck, 1976; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, 1995, 2011). Автоматические мысли могут быть как верными, так и неверными. Скажем, мысль «Я ей не нравлюсь» может являться примером чтения мыслей (в случае, если у думающего нет достаточных оснований для вынесения такого суждения), но в то же время и отражать реальную ситуацию. Особая эмоциональная уязвимость перед такой мыслью будет являться следствием существования промежуточных убеждений или правил (например, «Чтобы доказать, что я достойный человек, я должен нравиться всем») и глубинных личностных схем (например, «Меня невозможно любить» и «Я недостойный»). Деадаптивные допущения или правила обычно ригидны, всеобъемлющи, нереализуемы и формируют предрасположенность к депрессивным эпизодам и тревожным состояниям в будущем (см. Dozois & Dobson, 2001; Dykman, Abramson, Alloy, & Hartlage, 1989; Halberstadt et al., 2007; Ingram, Miranda, & Segal, 1998; Persons & Miranda, 1992; Everaert, Koster, & Derakshan, 2012). В частности, негативные когнитивные искажения демонстрируют индивиды с суицидальными наклонностями (Pinto & Whisman, 1996). Личностные схемы – это еще более общие убеждения о непривлекательности, беззащитности, особом статусе и других чертах собственной личности, а также убеждения в том, что окружающие настроены осуждать и контролировать, безответственны и др. Мы подробнее обсудим схемы в главе 10, посвященной техникам схема-фоку-

сированных подходов. Однако уже сейчас можно сказать, что личности, имеющие схему собственной некомпетентности, зачастую пророчат себе провал (предсказание будущего) и делают вывод о том, что потерпеть поражение в чем-либо – это ужасно (катастрофизация) и лишь доказывает их общую некомпетентность (схема). Аналогичным образом люди, которые убеждены, что должны получать одобрение от всех, более уязвимы перед депрессией и тревогой, потому что оправдать такие ожидания по определению невозможно. А чтение мыслей и персонификация заставляют видеть отвержение даже там, где его нет.

Поступающая информация проходит через фильтр негативных мыслей (например, «Отвергла ли она меня сейчас?»), а затем оценивается в соответствии с более глубинными допущениями (например, «Если я не получу одобрения, я ничего не стою»). Эти убеждения связаны со схемами (например, «Я недостойн любви») и лишь подкрепляют негативные представления о себе, выступая доказательством необходимости недоверия и страха по отношению к окружающим. Негативные личностные схемы («Я недостойн любви», «Я ничего не стою», «Я неправильный») формируют избирательное внимание и память: такие люди больше других склонны замечать, интерпретировать и запоминать соответствующую их схемам информацию, тем самым постоянно их подкрепляя. Таким образом, депрессивный и тревожный стили мышления «основаны на теории» и «основаны на исследованиях»: подверженные ему люди постоянно находят информацию, согласующуюся со схемой, – то есть демонстрируют предвзятость подтверждения. Например, люди, испытывающие депрессию, чаще вспоминают свой негативный опыт и дают ему сверхобобщающую интерпретацию (Kircanski, Joormann, & Gotlib, 2012; Rude, Wenzlaff, Gibbs, Vane, & Whitney, 2002; Williams et al., 2007). В то же время пациенты с тревогой более внимательны к угрожающей информации, однако запоминают ее не лучше, чем нетрвожные личности (Coles & Heimberg, 2002; Mogg, Bradley, Williams, & Mathews, 1993). В рамках когнитивной модели выделены когнитивные искажения и копинг-стратегии, свойственные отдельным расстройствам, что позволяет составлять более подробные концептуализации (Beck & Haigh, 2014).

Дополненная Бекком и коллегами когнитивная модель в ее современной интерпретации подчеркивает эффективность научного мышления, которое стремится найти «опровержения» или «доказательства ложности» убеждения – то есть оценивает возможность доказать неверность или неадекватность убеждения, а не ищет ему подтверждения (см. Popper, 1959). Находящийся в депрессии человек может сосредоточиваться исключительно на информации, соответствующей его негативному подавленному состоянию, и при этом игнорировать значимую, но противоречащую информацию. Когнитивная модель делает акцент на необходимости оценки доказательств «с обеих сторон».

Хотя в этой книге я в большей степени сфокусирован на модели когнитивной терапии, разработанной Бекком, я также признаю вклад, который внесли в развитие направления Альберт Эллис и коллеги (см. Dryden & DiGiuseppe, 1990; Ellis, 1994; Tafrate, Kassino, & Dunedin, 2002). Система, разработанная Эллисом одновременно с Бекком, предлагает более общий подход к психопатологии и делает упор на распространенные когнитивные уязвимости. К ним относятся низкая переносимость фрустрации, долженствование и другие отнимающие силы иррациональные когнитивные искажения (David, Lynn, & Ellis, 2010). Современный подход не противоречит модели РЭПТ, которую продвигал Эллис, и их интеграция может оказаться полезной для пациента.

Искажения в автоматических мыслях и дезадаптивные допущения встречаются при всех аффективных и тревожных расстройствах. Так, пациентам с социальной тревожностью обычно свойственно чтение мыслей («Она видит, что я волнуюсь, потому что я сильно потею») и катастрофизация («Люди поймут, что я тревожусь, и это будет просто ужасно!»). Пациент с обсессивно-компульсивным расстройством предсказывает будущее («Я отравлюсь, если дотронусь до этого») и катастрофизирует («Я подхвачу Эболу!»). Пациент с паническим расстрой-

ством также предсказывает будущее («Я потеряю контроль над собой») и катастрофизует («Если моя тревога усилится, у меня будет паническая атака»). Пациент с депрессией подвержен целому ряду когнитивных искажений – обесцениванию положительного опыта («Окончить колледж может любой дурак»), навешиванию ярлыков («Я неудачник») и предсказанию будущего («Я никогда не смогу снова быть счастливым») (Beck & Haigh, 2014).

В этой главе (и в книге в целом) я продемонстрирую, как психотерапевт может научить пациентов выявлять и оценивать самые разные типы мыслей (см. Leahy, 2011a). Когнитивная модель психопатологии помогает распознать не только мыслительные искажения, характерные для разных диагностических категорий (в том числе искажения на уровне автоматических мыслей), но также и специфические концептуализации в рамках каждой диагностической группы. В данном случае главной целью является помощь пациентам в процессе применения когнитивного подхода для решения их проблемы: мы подчеркиваем значение определения мыслительных схем и изменения неэффективных мыслей.

## **ТЕХНИКА: Разделение событий, мыслей и чувств**

### **Описание**

«Событием» может считаться определенная ситуация («Я получил за экзамен тройку»), которая случилась в прошлом, настоящем или, как предполагается, случится в будущем («Я могу получить за экзамен тройку»). Это также может быть определенное ощущение («Я чувствую, как мое сердце быстро бьется»), наличествующее или ожидаемое. (В главе 11 я разбираю, как «эмоция» может становиться «событием» в случае, если человек осознает свое «чувство тревоги», а затем интерпретирует его – например, заключая «Я всегда буду тревожным» или «Тревога – признак моей слабости».) Зачастую пациенты с депрессией, тревогой или гневом утверждают, что «причиной» их поведенческих и эмоциональных реакций являются события: «Я потерял работу и почувствовал полное отчаяние» или «Я переживаю, потому что скоро экзамен». Такая интерпретация подразумевает, что некоторое событие обязательно приводит к возникновению определенного чувства. Человек также может считать событие непосредственной причиной, повлекшей то или иное поведение: «Я ушел с вечеринки, потому что никого там не знал». Подобные объяснения кажутся правдоподобными и нередко озвучиваются пациентами, однако когнитивным терапевтам необходимо разобраться, как интерпретация события на самом деле повлияла на возникновение поведения или эмоций. Например, можно вовсе не почувствовать безнадежности из-за потери работы или не уходить с вечеринки, на которой нет ни одного знакомого. Определяющим фактором выступает мысль о событии, которая пробуждает эмоции и обуславливает поведение.

### **Какие задавать вопросы / Интервенция**

Чтобы помочь пациенту научиться разделять события, мысли, чувства и поведение, можно сказать следующее: «Нам важно понять, что вы думаете и чувствуете по поводу происходящих в вашей жизни событий. Давайте поговорим о ваших переживаниях в связи со следующим событием или ситуацией. Например, начальница сказала, что вы срываете сроки и работу необходимо доделать до обеда. В таком случае “событием” будет сам разговор и ее конкретные слова. Вы можете заметить: “В такой ситуации я начну тревожиться” – подобная реакция возникает нередко. Тем не менее одно и то же событие может вызывать у разных людей различные мысли и чувства. Кто-то ощутит не тревогу, а мотивацию сосредоточиться и приложить максимум усилий. Этот человек, вероятно, подумает что-то в духе: “Пришло время поднапрячься и все доделать, нельзя больше отвлекаться”. А другие люди, как и вы, начнут беспокоиться, размышляя: “Я ни за что не успею, начальница жутко разозлится, и меня могут вообще уволить!” Похожая ситуация – разные мысли и чувства».

### **Пример**

**ТЕРАПЕВТ:** Расскажите подробнее, почему вы тревожились на работе?

**ПАЦИЕНТ:** Начальница сказала, что в моей работе нужно кое-что исправить, а потом снова показать все ей, когда я закончу.

**ТЕРАПЕВТ:** То есть вы ощутили тревогу, потому что начальница попросила внести корректировки?

**ПАЦИЕНТ:** Да. Поэтому у меня вчера был плохой день. И так происходит постоянно. Я знаю: я ей просто не нравлюсь.

**ТЕРАПЕВТ:** Понятно. Судя по всему, здесь много чего намешано. В ходе нашей работы мы будем учиться разделять события – например, обратную связь от начальницы – и ваши мысли и чувства по этому поводу. В данном случае к чувствам можно отнести тревогу и, возможно, недовольство. А к мыслям – предположение о том, что вы ей не нравитесь.

**ПАЦИЕНТ:** Но она же критиковала мою работу.

**ТЕРАПЕВТ:** Хорошо, значит событие – ситуация – это *обратная связь от нее*. Можете ли вы представить, что она попросила кого-то еще внести исправления – человека, у которого это событие не вызывало бы беспокойство?

**ПАЦИЕНТ:** Наверное.

**ТЕРАПЕВТ:** Значит, в данном случае вы рассуждали определенным образом – восприняли происходящее на свой счет, попытались угадать, о чем думает начальница. А потом начали еще больше переживать из-за того, что это происходит постоянно. Но это были ваши мысли, а событием являлась все та же обратная связь от начальницы. Да, ваши мысли могут быть верными – но могут и сгущать краски. Или же это событие могло бы повлечь иные чувства, если бы вы думали по-другому.

### **Домашнее задание**

Пациенту предлагается использовать форму 2.1 для записи событий, мыслей и чувств<sup>2</sup>. При этом терапевту нужно обозначить цель: определить, какие мысли и чувства возникают в связи с разными событиями, а также выявить связь между разными мыслями и чувствами.

### **Возможные трудности**

Некоторые пациенты настаивают на том, что ситуация или событие сами по себе объясняют возникшие у них чувства, мысли и поведение. Например, пациент может сказать: «Любой человек будет переживать, если начальник начнет что-то исправлять в его работе» или «Ну да, я почувствовал тревогу – это и есть ситуация».

Действительно, в повседневных обсуждениях мы зачастую считаем событие достаточным объяснением мысли или чувства: «Конечно, она пребывает в отчаянии. У нее ведь нет работы». Однако в процессе когнитивной терапии крайне важно помочь пациенту понять, что одно и то же событие способно вызывать разные мысли, чувства и поведение. Приведу пример. Один мужчина, которого отстранили от работы, так объяснял свое состояние: «Все кажется мне безнадежным. Две недели назад я лишился работы». Терапевт сказал ему: «Потеря работы – действительно тяжелый опыт, но разные люди по-разному реагируют на это безусловно сложное событие и по-разному его осмысливают. Если думать, что потеря работы обязательно должна привести к ощущению безнадежности, можно замкнуться в себе, отказаться от попыток что-либо изменить, погрузиться в печаль. Но если подумать о том, что вы способны сделать за время поиска новой работы, можно ощутить прилив сил, желание бросить себе вызов и стать более активным. Есть ли среди ваших знакомых люди, которые начали действовать, потеряв работу: ходили на собеседования и продуктивно использовали освободившееся время?» В такой ситуации нужно помочь пациенту увидеть, что сложившаяся ситуация не обязательно

---

<sup>2</sup> В конце каждой главы собраны все упомянутые формы.

должна приводить к одной реакции; что можно проявить гибкость, любопытство, воображение и адаптивность, рассматривая всевозможные альтернативные мысли и формы поведения.

### **Связь с другими техниками**

Разделение событий, мыслей и чувств зачастую становится первым шагом на пути применения многих других техник: объяснения того, как мысли порождают чувства; разделения мыслей и фактов; изучения того, в какой степени в мыслях отражаются убеждения. Кроме того, этот навык будет актуален при использовании техник, связанных с альтернативными интерпретациями, решением проблем и принятием.

### **Формы**

Форма 2.1. Разделение событий, мыслей и чувств.

## **ТЕХНИКА: Объяснение того, как мысли порождают чувства**

### **Описание**

Когнитивная психотерапия основывается на теории, согласно которой интерпретация события человеком определяет его чувства и поведение. Однако многих удивляет мысль о том, что чувства являются результатом мыслей о событии и что изменение интерпретации может привести к изменению чувств. В этой главе я разберу ряд техник, благодаря которым можно помочь пациентам научиться видеть эту взаимосвязь. В конце концов люди приходят на терапию не потому, что считают себя недостаточно рациональными, а потому, что их не устраивают их чувства, поведение или отношения с другими людьми. Необходимо помнить:

1. *Мысли и чувства* – это разные вещи.
2. Мысли могут приводить к возникновению чувств (и определять поведение).

Мысли – это не то же самое, что чувства (хотя у нас могут возникать мысли по поводу чувств). Чувства – это внутреннее переживание эмоций. Так, я могу быть тревожным, подавленным, злым, испуганным, отчаявшимся, счастливым, оживленным, безразличным, любознательным, беспомощным, полным сожаления или самокритичным. Когда я говорю, что у меня есть какое-либо чувство, это равноценно высказыванию «Горячее железо обжигает кожу» или «Мне нравится вкус этой булочки». Мы никогда не оспариваем чувства – бессмысленно заявлять пациенту: «Нет, на самом деле вы не тревожитесь». Это было бы равносильно попытке убедить человека в том, что он не обжегся о горячий кусок железа, когда воскликнул «Ой!» «Ой!» в данном случае выступает сообщением о чувстве – так же, как это делают слова «Я счастлив» или «Мне грустно». С чувствами мы не спорим. Мы оцениваем мысли, которые способствуют их возникновению. Достоверность мыслей можно проверять, сопоставляя их с фактами.

Необходимо пояснить пациенту, как мысли способны пробуждать, усиливать или ослаблять определенные чувства. Например, можно предложить представить, какие чувства возникают в ответ на следующие высказывания: «Думаю, меня невозможно любить, и поэтому я чувствую полное отчаяние» и «Думаю, без него мне будет только лучше, поэтому я чувствую надежду и облегчение». На рис. 2.1 приведены дополнительные примеры.

Мысль: Я думаю, что...	Чувство: Поэтому я чувствую...
Я провалился	Тревогу, растерянность
Я провалился	Грусть
Он считает меня скучным	Тревогу, грусть
Он меня оскорбляет	Злость, тревогу

**Рис. 2.1.** Как мысли порождают чувства

### **Какие задавать вопросы / Интервенция**

Для разъяснения пациенту этих представлений можно использовать следующие формулировки (говорить нужно прямолинейно, по возможности без узкоспециальных терминов): «Прежде чем учиться оценивать и менять мысли, нужно разобраться, как они влияют на чувства. Когда вы ощущаете подавленность или тревогу, у вас, вероятно, возникают определенные мысли. Например, представьте: вы идете по незнакомой улице поздно ночью и слышите шаги за спиной. Оглядываясь, вы видите двух крупных мужчин. Вы можете подумать: “Сейчас они меня ограбят”. Что вы в таком случае почувствуете? Страх? А если подумаете: “О, да это же мои коллеги”? Облегчение? Если в повседневной жизни у вас возникает ощущение подавленности или тревоги, оно точно так же связано с разными мыслями. Поэтому постарайтесь ответить на вопрос: когда вы были дома и почувствовали тревогу, о чем вы подумали?»

### **Пример**

Как было показано на рис. 2.1, мысли могут быть источником как позитивных, так и негативных чувств. Иногда пациенты так сильно сосредоточиваются на своих чувствах, что даже не замечают мыслей, которые их вызвали.

**ТЕРАПЕВТ:** Что вас беспокоит?

**ПАЦИЕНТ:** Мне просто грустно.

**ТЕРАПЕВТ:** Можете ли вы объяснить, почему вам грустно?

**ПАЦИЕНТ:** Я просто ужасно себя чувствую, как будто вокруг сплошной мрак. Я много плачу.

**ТЕРАПЕВТ:** Хорошо. Давайте попробуем разобраться, что вы в такие моменты говорите себе, какие мысли заставляют вас грустить. Закончите предложение: «Мне грустно, потому что я думаю...»

**ПАЦИЕНТ:** ... Что я несчастен.

**ТЕРАПЕВТ:** *Несчастен* – это описание чувства. Но что заставляет вас ощущать себя несчастным? Например, думаете ли вы что-то о своих личностных качествах, о будущем или о каком-то конкретном жизненном опыте?

**ПАЦИЕНТ:** Наверное, я думаю, что никогда не буду счастливым.

В данном примере терапевту удалось выявить предсказание, которое провоцировало ощущение безнадежности: «Я никогда не буду счастливым». Это предсказание можно оценивать с помощью следующих техник: анализ преимуществ и недостатков, поиск доказательств за и против правильности предсказания, поиск логических ошибок (например, «Сейчас мне грустно, значит, мне всегда будет грустно»). Все эти техники мы разберем далее.

### **Домашнее задание**

Пациентов просят отслеживать возникающие чувства и их связь с мыслями. Терапевт может предложить человеку: «Отслеживайте свои негативные чувства в течение следующей недели, используя форму 2.2. Когда вы обратите внимание на то, что у вас возникло какое-то чувство или эмоция, укажите их в правой колонке. Например, это может быть *грусть*, *тревога*, *страх*, *безнадежность*, *злость* или *замешательство*. В левой колонке запишите связанную с этим чувством мысль. Например, ощущение тревоги может быть связано с мыслью “Боюсь, что я плохо справлюсь с задачей на работе”. То есть мысль целиком будет звучать так: “Мне тревожно, потому что я боюсь плохо справиться с задачей на работе”».

### **Возможные трудности**

Пациенты зачастую не различают мысли и чувства. Чтобы разрешить эту проблему, полезно предложить им рассмотреть конкретный пример: «У многих не сразу получается различать мысль и чувство. Например, люди говорят: “Я ощущаю тревогу, потому что беспокоюсь”. На самом деле в этом примере речь идет о двух чувствах: *тревоге* и *беспокойстве*. “Я

ощущаю тревогу” – это описание чувства; “я беспокоюсь” – тоже. При этом мысль может звучать так: “Думаю, я не справлюсь” или “Я всегда буду тревожиться”».

Кроме того, некоторые пациенты приравнивают мысли к чувствам, одновременно сообщая о двух мыслях: «Я никогда больше не буду счастливым, потому что мне не найти такого человека, как она». Перед нами две мысли: предсказание неспособности испытать счастье в будущем и предсказание невозможности найти другого партнера. Терапевту стоит обратить внимание пациента на тот факт, что подобные предсказания способны вызывать негативные чувства: грусть, одиночество, безнадежность, тревогу. И вновь важно, чтобы человек научился проверять, на самом ли деле правдивы его мысли: например, «Давайте посмотрим, изменится ли ваше настроение в течение следующей недели? Действительно ли у вас не получится почувствовать себя лучше или испытать радость – или же это все-таки возможно?» Утверждения, связанные с чувствами, мы считаем правдивыми (если только человек не врет). Не нужно оспаривать утверждение: «У меня опускаются руки, когда я думаю о будущем, – полное отчаяние». Однако мы можем проверить, насколько обоснована мысль о том, что в будущем все безнадежно.

Еще одна распространенная проблема заключается в том, что пациенты не могут сформулировать мысли, связанные с чувствами.

### **Связь с другими техниками**

Как уже было упомянуто, мы можем использовать и другие собранные в этой главе техники, например угадывание мыслей, или техники по стимуляции образов. Книги по когнитивно-поведенческой терапии также помогают многим пациентам разобраться в процессе выявления автоматических мыслей. В частности, это могут быть мои книги: «Лекарство от нервов. Как перестать волноваться и получить удовольствие от жизни» (Питер, 2018), «Победить тоску: Как преодолеть депрессию» (Beat the Blues: How to Overcome Depression, 2010) и «Свобода от тревоги. Справься с тревогой, пока она не расправилась с тобой» (Питер, 2017). Кроме того, полезно ознакомить пациентов со списком наиболее распространенных когнитивных искажений (форма 2.7).

### **Формы**

Форма 2.2. Как мысли порождают чувства.

## **ТЕХНИКА: Разделение мыслей и фактов**

### **Описание**

Когда мы злимся или подавлены, мы склонны относиться к мыслям как к фактам. Например, говоря себе: «Он думает, что может мной воспользоваться», я могу быть уверен в своей правоте, даже если на самом деле буду не прав. Когда я тревожусь, я могу думать так: «Я знаю, что плохо выступлю с этой презентацией» – что тоже может оказаться как верным, так и неверным. Пребывая в уверенности в том, что я жираф, я не стану из-за этого жирафом. Моя вера в истинность чего бы то ни было не делает это истинным *на самом деле*. Мысли – лишь интерпретации, описания, представления и даже догадки. Они могут быть как верными, так и неверными или верными лишь отчасти. Человеку нужно научиться определять свои мысли, а затем сопоставлять их с фактами. Терапевты могут обучить пациентов различать мысли, чувства и факты с помощью техники А-В-С. Она заключается в понимании того, как активизирующее событие (А – activation event) может приводить к возникновению разных убеждений (В – belief) и последствий (С – consequences) в форме чувств или поведения. Если я убежден, что мне ни за что не сдать экзамен хорошо (это и есть моя мысль), я могу почувствовать безнадежность и соответствующим образом себя вести – например, забросить учебу. С другой стороны, если я уверен, что у меня есть все шансы успешно сдать экзамен, я буду полон надежд на лучшее и постараюсь хорошо к нему подготовиться.

Этот пример отлично иллюстрирует, как исходная мысль «Мне ни за что не сдать экзамен хорошо» провоцирует дезадаптивное поведение (отказ от подготовки), которое в свою очередь превращает мысль в самореализующееся пророчество: результаты сдачи экзамена действительно оказываются плохими.

Многие люди с депрессией, тревогой или проблемами с гневом относятся к мыслям как к фактам: «Я *точно* не сдам экзамен хорошо» или «Я *знаю*, что она меня отвергнет». На рис. 2.2 приведены примеры того, какие разные мысли, чувства и поведенческие реакции могут быть вызваны одним и тем же событием. А необходимость различать негативные мысли и возможные факты проиллюстрирована на рис. 2.3. В данном случае пациента попросили представить, что у него возникла негативная мысль: «Я не готов к экзамену». В правой колонке он перечислил факты, которые помогут проверить такую оценку степени подготовленности. Исходная мысль – это убеждение; в то же время возможные факты могут *превратиться* в убеждение после того, как будут приняты во внимание. Пациента можно спросить: «Как вы думаете: может быть, стоит принять во внимание не только мысли, которые возникают у вас в текущей ситуации, но и другие существенные факты? Не хотите ли вы оценить другие существенные факты?» Мысли и факты – это разные вещи. Проиллюстрировать взаимосвязь между ними можно также, задав следующие вопросы:

Бывало ли так, что ваши представления об определенных ситуациях оказывались неверными?

Случалось ли, что вы предсказывали определенный вариант развития событий, а происходило иное?

А = активизирующее событие	В = убеждение (мысль)	С = последствия (чувства)	С = последствия (поведение)
Слышу дребезжание окна	Кто-то пытается залезть ко мне в дом	Тревога	Закрывает дверь, вызвала полицию
Слышу дребезжание окна	Сегодня ветрено, а окна у меня старые и неплотно закрываются	Легкое раздражение	Покрепче захлопнула окно и продолжила спать
Мужчина подходит ко мне на пустой темной улице	Сейчас меня ограбят	Ужас	Бежала
Мужчина подходит ко мне на пустой темной улице	А не мой ли это друг Стив?	Любопытство, радость	Окликнула Стива по имени
Муж сидит и читает газету	Его не волнуют мои чувства	Злость, презрение	Обвинила его в эгоизме
Муж сидит и читает газету	Он отдалился, потому что злится на меня	Разочарование, вина	Избегала взаимодействия с ним
Ощущение быстрого сердцебиения	У меня сердечный приступ	Тревога, паника	Вызвала скорую помощь

А = активизирующее событие	В = убеждение (мысль)	С = последствия (чувства)	С = последствия (поведение)
Ощущение быстрого сердцебиения	Я выпил слишком много кофе	Легкое сожаление	Снизил количество потребляемого кофеина

**Рис. 2.2.** Техника А-В-С. Одно и то же событие может провоцировать появление разных мыслей и приводить к возникновению разных чувств и форм поведения. Проанализировав доступные факты, вы можете определить, насколько ваша мысль отражает реальность

Негативная мысль	Возможные позитивные факты
На улице идет дождь, я ни за что не доберусь домой вовремя	Я уже час нахожусь в помещении — может, дождь уже и прекратился. Я могу войти и проверить
Я не готов к экзамену	Я прочел все необходимые материалы, посещал занятия и занимался самостоятельно
Я всегда буду один	Предсказать будущее невозможно, поэтому собрать все необходимые факты я просто не могу. Но у меня есть друзья. И многие мои качества нравятся другим людям

**Рис. 2.3.** Мысли и возможные факты

Обращали ли вы внимание на то, что другие иногда интерпретируют ситуации иначе, не так, как вы?

Возможно ли, что сейчас вы принимаете во внимание лишь часть фактов, но могут существовать и другие, неизвестные вам факты, о которых вы узнаете лишь со временем?

Бывает ли, что люди придерживаются разных позиций по поводу одних и тех же фактов?

### **Какие задавать вопросы / Интервенция**

«Мысли и факты – это не одно и то же. Вы можете думать, что что-то является истинным, однако не обязательно окажетесь правы. Я могу думать, что я зебра – но эта мысль не превратит меня в зебру. Нужно сверять мысли с фактами».

### **Пример**

**ТЕРАПЕВТ:** Можете ли вы сформулировать, какие мысли заставляют вас так тревожиться?

**ПАЦИЕНТ:** Я думаю, что меня уволят.

**ТЕРАПЕВТ:** Почему вы думаете, что это произойдет?

**ПАЦИЕНТ:** Просто знаю. Все к этому идет.

**ТЕРАПЕВТ:** Итак, вы уверены, что вам грозит увольнение, – но может ли случиться так, что вы окажетесь не правы?

**ПАЦИЕНТ:** Да я, в общем-то, не сомневаюсь. Знаю, что так и будет.

**ТЕРАПЕВТ:** Хотя ситуация действительно может обстоять таким образом – возможно, вас уволят, – может случиться и что-то иное. Есть разница между нашими *убеждениями* и *фактами*. Уверенность в том, что что-то произойдет, не делает это событие более реальным. Может быть, стоит рассмотреть доводы в пользу того, что вас уволят, – и в пользу того, что вас *не* уволят?

**ПАЦИЕНТ:** Ну, не знаю, я *действительно* уверен, что этим все и закончится. Из-за этого и переживаю.

**ТЕРАПЕВТ:** Иногда нам кажется, что сила тревоги соответствует тому, насколько наше убеждение близко к истине. Мы будто ориентируемся на эмоции: «Я беспокоюсь, значит, обязательно случится что-то плохое». Но есть ли в этом смысл? Я могу сильно переживать и быть твердо уверен в том, что провалюсь, – но это не гарантирует неудачи. Это всего лишь отражает мои чувства и мысли в данный момент.

**ПАЦИЕНТ:** Наверное, я действительно часто так рассуждаю, будто тревога доказывает, что обязательно случится что-то плохое.

**ТЕРАПЕВТ:** Проверка реальных фактов полезна еще и тем, что тревога мешает нам видеть реальное положение вещей. Это принято называть «эмоциональным обоснованием» – когда мы используем эмоции в качестве доказывающего аргумента. Даже убеждения, в которые мы искренне верим, не всегда проходят проверку на реалистичность. Но, пожалуй, нужно разобраться и понять, с чем мы имеем дело в данном случае.

В этом диалоге терапевт отметил наличие у пациента сильного убеждения и объяснил, что наши *убеждения* вовсе не обязательно являются *правдивыми*. Затем терапевт предложил пациенту проверить, какие основания есть у его убеждения. Признание того, что мысли не являются фактами, – важный шаг на пути обучения пациента построению альтернативных интерпретаций происходящего.

#### **Домашнее задание**

Терапевт может попросить пациента отслеживать активизирующие и последующие события, которые пробуждают определенные убеждения и чувства, с помощью формы 2.3. Особо полезно отмечать, какие типы событий провоцируют возникновение проблемных чувств и мыслей. В какой ситуации пациент с большей вероятностью почувствует тревогу: сталкиваясь с новыми формами поведения, взаимодействуя с людьми, в одиночестве или встретившись с новой сложной задачей? Либо, может быть, ему тревожно в присутствии других людей или в местах, которые напоминают ему о неприятном опыте? Пациент также может использовать форму 2.4, чтобы проверить, как конкретная мысль не всегда учитывает все возможные факты. Например, мысль «Я не готов к экзамену» не включает в себя такие возможные факты, как «я умный и сообразительный», «я посетил все занятия по предмету» и «я выполнил все задания». Терапевт может предложить пациенту: «Если вы сомневаетесь, старайтесь собрать как можно больше фактов». Такое предложение подкрепляет уверенность в том, что факты и мысли необходимо различать.

#### **Возможные трудности**

Некоторые люди уверены, что их мысли целиком и полностью отражают правду. И действительно, негативные мысли *могут* оказаться истинными. Не нужно формировать у пациента ощущение, что мы считаем ложными все его убеждения. И продвигать идею о том, что терапия призвана сформировать позитивное мышление, тоже не стоит. Наша цель – *реалистичное* мышление. Его отличительные характеристики можно представить пациенту следующим образом: «Иногда ваши мысли будут точно описывать факты, иногда факты не будут точно отражены в ваших представлениях. Хорошей ли идеей является правило сверять негативные мысли с соответствующими фактами?» Мысль человека может описывать лишь «часть» реальности: например, «Я получил тройку за доклад, а также четверки и пятерки за другие доклады и экзамены». Ведь действительно, если речь идет о чьих-то успехах в учебе, в это комплексное понятие будут входить тысячи разных фактов – а пациент при этом может избирательно сосредотачиваться лишь на тех из них, которые подтвердят его негативные убеждения.

Некоторые люди отвечают на это следующим образом: на их взгляд, проверка фактов обесценивает их чувства и положение, в котором они оказались. Я подробно описал эту проблему в книге «Преодоление сопротивления в когнитивной терапии» (*Overcoming Resistance in Cognitive Therapy*, 2001b). Проверить, возникает ли такое ощущение у пациента, можно, задав прямой вопрос, не кажется ли ему, что поиск фактов каким-то образом его «унижает» или «обесценивает». Терапевт может попросить человека, чтобы тот сообщал ему, если предлагаемые техники заставляют его чувствовать себя таким образом. Бывает полезно указать человеку на то, что некоторые техники могут быть болезненными, но это не означает, что терапевт не уважает его чувств или не беспокоится о них. Вы вместе работаете над тем, чтобы пациент почувствовал себя лучше. Представьте, что вы обратились к лечащему врачу с подозрением на заболевание сердца, но доктор после осмотра не нашел достаточных оснований для подтверждения диагноза. Разве вы посчитали бы, что врач тем самым унизил вас или обесценил ваш опыт? Важно подчеркнуть, что процесс изучения фактов не подразумевает необходимости обязательно доказать, что пациент не прав. И, конечно, если он окажется прав («Я получу низкую оценку за экзамен»), терапевт может помочь ему разобраться, что именно привело к такому результату (например, выбор курса, к которому человек на самом деле был не готов,

неправильный подход к учебе, прогулы) и с какой стороны можно подойти к практическому решению возникших проблем. Факты, подтверждающие негативные прогнозы, могут помочь обозначить траекторию желаемых позитивных изменений и подобрать актуальные стратегии для исправления ситуации.

#### **Связь с другими техниками**

Среди других актуальных в этом случае техник можно выделить оценку доказательств за и против правильности мысли; разделение мыслей и чувств; категоризацию когнитивных искажений и изучение вариаций степени доверия к мысли. Например, пациента с мыслью «Я неудачник» можно спросить, зависит ли его доверие к этой мысли от фактов, на которых он основывается.

#### **Формы**

Форма 2.3. Техника А-В-С.

Форма 2.4. Другие возможные факты.

### **ТЕХНИКА: Рейтинг силы эмоции и степени доверия к мысли**

#### **Описание**

Одно событие может вызывать у нас разные эмоции и мысли. Особенно важно отдавать себе отчет, насколько эти *чувства* сильны и насколько сильно мы придерживаемся *убеждений, активировавших их*. Сила эмоций может меняться – это очевидно. Мне бывает немного грустно, просто грустно, очень грустно, невыносимо грустно. Многие из нас грустят, тревожатся или злятся, не обращая внимания на силу собственных эмоций; однако этот навык на самом деле имеет значение. Более того, поскольку преобразования в процессе психотерапии зачастую происходят постепенно, следует научить пациентов замечать в их эмоциональной сфере изменения разной степени. Так, для человека, который большую часть времени чувствовал себя «невыносимо грустно» и в процессе терапии стал в основном характеризовать свое состояние как «немного грустно», это станет существенным прогрессом. Терапевт учит пациента не делить реальность на черное и белое («Мне либо грустно, либо не грустно»), а также замечать более тонкие градации («Мне на 60 % грустно, и я уверен что у меня ничего не получится, даже если это будет 50 % грусти»). В дальнейшем терапевт поможет человеку еще больше расширить спектр актуальных фактов, собрать негативную, нейтральную и позитивную информацию и проанализировать, как факты изменяются в зависимости от времени и ситуации. «Текучность», «гибкость» и «разграничение» в процессе мышления дают пациенту возможность рассмотреть происходящее в большей перспективе и понять, каким образом можно внести изменения.

#### **Какие задавать вопросы / Интервенция**

«Насколько вы сейчас расстроены и насколько доверяете своему убеждению? Оцените ваше чувство [эмоцию] по шкале от 0 % до 100 %, где 0 % будет соответствовать отсутствию чувства, а 100 % – наиболее сильному его переживанию. Прделайте то же самое с вашими убеждениями: 0 % будет означать отсутствие у вас такого убеждения, а 100 % – полное доверие к нему. Могут ли ваши чувства и мысли меняться? Насколько сильно? Чем объяснить тот факт, что иногда вы чувствуете себя лучше, а иногда – хуже? Ведете ли вы себя иначе, когда находитесь в плохом настроении? А в хорошем? Рассуждаете ли вы по-разному, когда настроены негативно и позитивно?»

#### **Пример**

**ТЕРАПЕВТ:** Вы сказали, что были грустной со дня, когда расстались с Джоном. Можете ли подробнее описать свою грусть?

**ПАЦИЕНТКА:** О, мне было ужасно грустно. Иногда я плачу от мысли, что он меня бросил.

**ТЕРАПЕВТ:** Ваши чувства действительно важны, поэтому я хочу разобраться, что именно вы переживаете, когда думаете о расставании. Если бы вам нужно было оценить свою грусть по шкале от 0 % до 100 %, где 0 % соответствует ее полному отсутствию, а 100 % – максимально сильной печали, сколько процентов вы присвоили бы своему состоянию?

**ПАЦИЕНТКА:** Хм, я никогда не думала о том, чтобы так оценивать чувства... Пожалуй, 90 %.

Аналогично пациентка может иметь сформулированное в категорической форме убеждение: например, «Без Джона мне никогда не стать счастливой». Однако степень доверия к нему (его правдоподобность или сила) может быть ниже 100 %. И важнейшим первым шагом к отстранению от причиняющего боль убеждения станет признание того, что степень доверия к нему может варьироваться. Если я доверяю убеждению меньше чем на 100 %, значит, я начал в нем сомневаться. Таким образом, степень доверия может изменяться, в том числе и уменьшаться. Осознавая это, мне проще представить, что когда-нибудь может измениться и само убеждение. В некотором смысле когнитивная терапия работает за счет «силы сомнения»: если я смогу усомниться в негативном убеждении, я сделаю первый шаг на пути к его изменению.

**ТЕРАПЕВТ:** Вы сказали, что ощущаете сильную грусть, когда думаете об уходе Джона. Сейчас, пожалуйста, закончите предложение – говорите первое, что придет вам в голову. «Мне очень грустно, когда я думаю о расставании с Джоном, так как я думаю, что...»

**ПАЦИЕНТКА:** ... Что без него мне никогда не быть счастливой.

**ТЕРАПЕВТ:** Хорошо. Получается, автоматическая мысль в данном случае: «Без него мне никогда не быть счастливой». Давайте запишем ее. [Терапевт выдает пациентке планшет с закрепленным на нем листом бумаги и ручкой, чтобы та могла делать пометки в ходе сессии.] Давайте по-смотрим, насколько вы доверяете этой мысли: «Без него мне никогда не быть счастливой». Как бы вы оценили степень доверия к ней по шкале от 0 % до 100 %, где 0 % предполагал бы полное недоверие, а 100 % – полную уверенность в ее истинности?

**ПАЦИЕНТКА:** Наверное, довольно высоко. Большую часть времени я действительно так считаю. Поэтому где-то 90 %.

Некоторым людям сложно применять такую шкалу: им кажется странным приписывать своим эмоциям и чувствам числовые значения. В таком случае терапевту необходимо использовать вспомогательные материалы для визуализации.



**Рис. 2.4.** Оценка эмоций по шкале от 0 % до 100 %

**ТЕРАПЕВТ:** Итак, вы говорите, что ощущаете грусть, но вам сложно оценить ее силу. Давайте попробуем нарисовать шкалу. (Рисует шкалу, изображенную на рис. 2.4.) Скажем, 0 % – это полное отсутствие грусти, а 100 % – самая сильная грусть, которую в принципе способен испытать человек: невыносимая, переполняющая, не дающая думать о чем-либо еще. 50 % – это средняя степень грусти, а 90 % – это очень сильная грусть, которая уже вызывает беспокойство, но все еще оставляет возможность действовать. Как бы вы оценили по этой шкале силу грусти, которую испытываете при мысли о расставании с Джоном?

**ПАЦИЕНТКА:** Я бы сказала, где-то около 90 %. Мне ужасно грустно, но я все равно могу что-то делать.

### **Домашнее задание**

Терапевт может предложить пациентам отслеживать, как в течение недели изменяется степень доверия к убеждениям, отражающимся в мыслях. Можно порекомендовать им использовать форму 2.5, отмечая события, предшествовавшие возникновению мыслей и чувств, и оценивая силу связанных с ними эмоций и степень доверия к убеждениям. По завершении упражнения можно попросить пациентов поразмышлять над тем, с чем могут быть связаны различия в негативных мыслях и чувствах, которые они переживают.

### **Возможные трудности**

Сложности с выполнением этого упражнения обычно обусловлены недостаточной мотивацией к неоднократному анализу одного и того же убеждения в течение недели. Пациенты думают: «Я это уже делал». Однако цель данного упражнения – подробное изучение всевозможных вариаций убеждения и связанных с ним чувств, а также анализ причин возникающих изменений. Кроме того, это помогает прогнозировать наступление «трудных времен»: периодов, в которые депрессия или тревога могут особенно обостряться. Такая информация позволяет специалисту сосредоточить психотерапевтический процесс вокруг этих сложных моментов.

### **Связь с другими техниками**

Перечень других подходящих в данной ситуации техник включает: изучение того, как мысли определяют эмоции; разделение мыслей и фактов; вертикальный спуск; категоризацию негативных мыслей; поиск вариаций одной мысли.

### **Формы**

Форма 2.5. Оценка эмоций и убеждений.

## **ТЕХНИКА: Поиск вариаций одного убеждения**

### **Описание**

Мысли, чувства, поведение и факты постоянно изменяются. Пациенты, страдающие от тревоги и депрессии, зачастую находятся в слиянии со свойственными настоящему моменту мыслями или чувствами, закидываются на них и не понимают, насколько сильно эти переживания могут модифицироваться со временем. Как уже было отмечено, факты меняются по мере того, как мы получаем дополнительную информацию, которая может противоречить исходной мысли (или имевшимся ранее фактам) или смягчать их воздействие на человека. Чтобы взглянуть на убеждение со стороны, бывает полезно признать, что даже в текущих обстоятельствах сила и достоверность наших убеждений может меняться. Следовательно, терапевту необходимо напрямую оценивать вариабельность убеждений. Эта техника тесно связана с техникой оценки силы эмоции и степени доверия к убеждению, которую мы рассматривали выше. Однако в данном упражнении упор делается на изучение того, как убеждение может видоизменяться в разные периоды времени и в разных ситуациях.

### **Какие задавать вопросы / Интервенция**

«Бывает ли так, что в какие-то моменты вы доверяете этому убеждению меньше, чем раньше? Что в таком случае меняется? Как вы думаете, если бы ваша мысль была бесспорно правдивой, возможны ли были бы такие колебания доверия к ней?»

### **Пример**

**ТЕРАПЕВТ:** Итак, вы думаете, что без Джона вам никогда не быть счастливой. И доверяете этой мысли на 90 %.

**ПАЦИЕНТКА:** Все верно. Я действительно так считаю. Поэтому мне так грустно.

**ТЕРАПЕВТ:** Поправьте, если я ошибаюсь, но ваше настроение наверняка меняется в течение дня: в какие-то моменты вам особенно грустно, в какие-то – становится легче.

**ПАЦИЕНТКА:** Да, я не все время плачу и не всегда думаю о Джоне.

**ТЕРАПЕВТ:** И о чем вы думаете, когда не думаете о нем?

**ПАЦИЕНТКА:** Хочу что-то изменить в своей квартире – может, купить новую мебель. Или думаю, что надо бы сходить пообедать с друзьями. Ну и о всяком таком.

**ТЕРАПЕВТ:** По-моему, очевидно, что, когда вы не думаете о Джоне, сила вашего убеждения равна 0 % – ведь в такие моменты вы не чувствуете себя несчастной, даже несмотря на то, что его рядом нет.

**ПАЦИЕНТКА:** Хм, я об этом не думала. Но, наверное, вы правы.

**ТЕРАПЕВТ:** А случается ли так, что, думая о Джоне в течение дня, вы ощущаете не такую острую грусть, не на 90 %?

**ПАЦИЕНТКА:** Да. Иногда я думаю, что, может, мне без него будет только лучше.

**ТЕРАПЕВТ:** То есть, если бы можно было задать вам вопрос: «Насколько вы прямо сейчас верите в то, что никогда не будете счастливой без Джона?», – что бы вы ответили?

**ПАЦИЕНТКА:** Ну, в такие моменты я верю в это очень слабо, может, даже процентов на 10.

**ТЕРАПЕВТ:** Иными словами, убеждение, которое есть у вас сейчас, *может* изменяться даже за считанные часы. Как вам такое наблюдение?

**ПАЦИЕНТКА:** Хм, действительно, мои мысли о расставании тоже могут изменяться.

**ТЕРАПЕВТ:** Когда люди переживают разрыв отношений, у них часто активируются сильные негативные убеждения. Наверняка вы вспомните, как что-то подобное переживал кто-то из ваших друзей.

**ПАЦИЕНТКА:** Да, моя подруга Элис развелась пять лет назад.

**ТЕРАПЕВТ:** Вполне вероятно, что в тот период у нее было точно такое же убеждение, как у вас сейчас. Как думаете, изменилось ли оно с годами?

**ПАЦИЕНТКА:** Конечно! Теперь она терпеть не может своего бывшего и старается не оказываться с ним наедине.

**ТЕРАПЕВТ:** Отлично, тогда давайте это запомним: ваши убеждения могут меняться, и убеждения других людей – тоже.

### **Домашнее задание**

Пациентам предлагается в течение нескольких дней использовать форму 2.6 для отслеживания изменения степени доверия к убеждению, выражающемуся в определенной мысли. Скорее всего, сила их сосредоточенности на убеждении и погружения в него будет варьироваться в разное время дня, в разных ситуациях и под воздействием разных мыслей. Наблюдение за этими преобразованиями укрепит пациентов в мысли о том, что и самые сильные убеждения способны меняться.

Более того, степень доверия к убеждениям бывает разной даже в течение одной сессии. Терапевт может попросить пациента оценивать силу доверия к болезненным убеждениям прямо в процессе их обсуждения и планирования вариантов поведения. Нередко в начале сессии пациенты оценивают силу доверия на 90 %, а к концу сессии – на 40 %.

Изменение степени доверия к убеждению связано с изменением эмоционального фона – например, грусть снижается по мере снижения доверия к убеждению, ее вызвавшего, – это лишь подтверждает тот факт, что глубинные убеждения и неприятные эмоции реально преобразовать с помощью когнитивно-поведенческой терапии. Терапевт может отметить: «Если степень доверия к убеждению меняется за 20 минут сессии, только представьте себе, как она может измениться в будущем».

**ТЕРАПЕВТ:** За полчаса нашего общения сила вашей веры в это убеждение снизилась с 90 % до 40 % и чувство грусти перестало быть таким острым. Как думаете, о чем это говорит?

**ПАЦИЕНТКА:** Наверное, что мои мысли и чувства могут измениться в процессе терапии.

**ТЕРАПЕВТ:** Если вам удалось добиться таких перемен всего за 30 минут, как думаете, что случится, если вы научитесь применять все эти техники самостоятельно?

**ПАЦИЕНТКА:** Я почувствую себя лучше.

**ТЕРАПЕВТ:** Может, тогда это и проверим?

### **Возможные трудности**

Как и в случае с описанными выше техниками, пациенту может не хватать мотивации для записи негативных убеждений после того, как он почувствует себя лучше. Терапевту нужно четко обозначить этот момент, указав, что улучшение состояния также позволяет собрать много полезной информации. Например, если человек уверен, что ему «нечего предложить людям», потому что он «неудачник», но в то же время он обратит внимание на снижение уровня доверия к этой мысли во время общения с друзьями, тем самым он соберет полезную информацию. Тогда можно будет предложить ему сделать следующее: «Итак, ваши убеждения меняются в зависимости от того, чем вы занимаетесь. Значит, вы можете специально ставить для себя задачи, которые связаны с активацией позитивных убеждений. Ведь если ваше убеждение способно меняться – возможно, оно не такое уж бесспорно верное. Так на какой информации вы сосредоточены, когда чувствуете себя лучше?»

### **Связь с другими техниками**

Специалист может использовать и другие техники, такие как: постановка задач разных категорий; проверка всей информации или отдельных фактов; оспаривание убеждений через оценку доказательств за и против их правильности; разделение фактов и мыслей; разделение мыслей и чувств.

### **Формы**

Форма 2.6. Отслеживание изменения степени доверия к мысли.

## **ТЕХНИКА: Категоризация мыслительных искажений**

### **Описание**

Людам с депрессией и тревогой свойственно постоянное искажение мыслей определенным образом – например, вынесение необоснованных заключений, персонализация негативных событий или навешивание на себя ярлыка неудачника. Согласно когнитивной модели, испытываемые ими неприятные эмоции зачастую связаны с предвзятым мышлением и когнитивными искажениями. Автоматические (то есть возникающие спонтанно) мысли, которые кажутся человеку достоверными, соотносятся с негативным аффектом или дисфункциональным поведением. Вот несколько примеров таких мыслей: «Я никогда не буду счастливым», «Я глупый», «Я никому не нравлюсь», «Я во всем виноват» и «Она считает меня скучным». Автоматические мысли могут быть истинными, ложными или отражать реальное положение вещей с разной степенью достоверности. В одной мысли могут содержаться одновременно несколько искажений. Например, мысль «Когда я пойду на вечеринку, она подумает, что я скучный» содержит в себе как предсказание будущего, так и чтение мыслей. Бек (1976; Beck et al., 1979) и другие авторы (Leahy et al., 2012) выделяют разнообразные типы характерных для автоматических мыслей искажений. В форме 2.7 собраны самые распространенные искажения, нередко присущие людям с депрессией, тревогой или гневом.

### **Какие задавать вопросы / Интервенция**

«Можно ли сказать, что в ваших мыслях постоянно появляются одни и те же искажения? Изучите список типичных мыслительных ошибок. Может, какие-то из них особенно свойственны вам? Какие?»

### Пример

Терапевт помогает пациенту выявлять автоматические мысли с помощью вопросов наподобие «О чем вы думали, когда почувствовали грусть?» или предлагая закончить предложение, например: «Я почувствовал тревогу, потому что подумал...» Затем определяется тип автоматической мысли. Психотерапевт просит: «Выпишите негативную или расстраивающую вас мысль в левую колонку, а в правой отметьте тип мыслительного искажения, который она иллюстрирует». Пример представлен на рис. 2.5.

Автоматическая мысль	Искажение
Я неудачник	Навешивание ярлыков
Она думает, что я непривлекательный	Чтение мыслей
У меня ничего не получается	Мышление по типу «все или ничего»
Справиться с этой работой мог бы любой, это не сложно	Обесценивание положительного

**Рис. 2.5.** Примеры искажений в автоматических мыслях

### Домашнее задание

Можно попросить пациента на протяжении недели отслеживать негативные автоматические мысли и распределять их по категориям (в качестве опорных материалов используя формы 2.7 и 2.8). Это упражнение особенно ценно тем, что оно помогает людям заметить повторяющиеся типы автоматических мыслей, например предсказание будущего: «Я никогда не стану счастливым», «Ничего не получится», «Меня никто не захочет», «Я всегда буду один». Если мысли, относящиеся к определенной категории, воспроизводятся постоянно, терапевт совместно с пациентом может составить специальный список ответов, которые нужно будет регулярно проговаривать для снижения воздействия негативных убеждений. Так, человеку, который все время занимается чтением мыслей («Он подумал, что я неудачник», «Я им не понравился», «Я, наверное, очень глупо выглядел»), можно предложить составить список ответов в духе «У меня нет этому доказательств», «Я делаю поспешные выводы», «Из-за чего им испытывать ко мне антипатию, они же ничего обо мне не знают?», «Я ничем не хуже остальных», «Их одобрение мне не нужно», «Я не должен производить впечатление на всех окружающих» и «Возможно, они сами думают о том, понравились ли *они* мне».

### Возможные трудности

Выше мы уже говорили, что, выполняя задания на выявление когнитивных искажений, некоторые пациенты начинают думать, что их мысли глупы или ненормальны. Поэтому важно подчеркнуть, что не все негативные мысли обязательно неправильные. Например, фразу «Я ей не понравился» мы отнесем к чтению мыслей, однако она вполне может отражать реальную ситуацию. Я действительно мог ей не понравиться. В беседе с пациентами я всегда подчеркиваю, что мы используем классификацию «когнитивных искажений», потому что это удобно для определения типов мыслей – однако негативные мысли тоже могут сообщать нам правду. После того как мы найдем определенные мыслительные паттерны (скажем, человек имеет привычку «читать мысли» окружающих), связанные с ухудшением настроения, мы сможем подобрать интервенции для работы непосредственно с ними. Категоризацию негативных мыслей не стоит приравнивать к их опровержению или оспариванию. Для этого нужно изучать факты. В работе с теми пациентами, для которых термины «когнитивные искажения» и «мыслительные

ошибки» звучат чрезмерно критически, имеет смысл использовать такие словосочетания, как «когнитивные или мыслительные привычки», «предвзятые суждения» либо «паттерны».

### Связь с другими техниками

Среди других рекомендуемых для использования техник можно назвать описанную выше технику наблюдения за мыслью, которая позволяет пациенту отмечать мысли, факты, чувства и вариации степени доверия к убеждению. Кроме того, форма 2.7 со списком когнитивных искажений может помочь терапевту в процессе планирования интервенций и вопросов, в том числе в ходе применения техник вертикального спуска; выявления скрытых предположений и схем; оценки пугающих фантазий; оценки преимуществ и недостатков; а также оценки доказательств за и против правильности отдельных мыслей.

### Формы

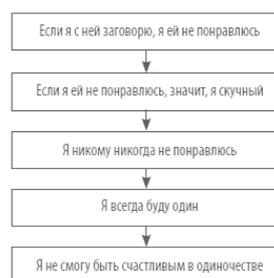
Форма 2.7. Список когнитивных искажений.

Форма 2.8. Категоризация ваших мыслительных искажений.

## ТЕХНИКА: Вертикальный спуск

### Описание

Иногда негативные мысли оказываются верными. Скажем, когда пациент думает, что на вечеринке его будут игнорировать или отвергать. Да, это классическое предсказание будущего, но оно может быть верным. Однако если изучить, какие убеждения лежат в основе опасения за такой исход, можно снизить влияние мысли на пациента. В рамках данной техники специалисту нужно задавать следующие вопросы: «Предположим, это окажется правдой – и что тогда?» или «Если это действительно произойдет, что это будет значить для вас?» Техника получила название *вертикального спуска*, потому что мы пытаемся добраться до самых глубинных убеждений человека. Соответственно, вверху страницы терапевт записывает исходную мысль пациента, а затем рисует направленную вниз стрелку, указывающую на мысли и события, которые подразумеваются (см. рис. 2.6).



Событие и мысль	Что подразумевается
Событие: Обдумываю, пойти на вечеринку или нет. Мысль: «Я нервничаю при мысли о том, что нужно будет подойти к той женщине и заговорить с ней»	
Как вы думаете, что случится?	Она мне откажет
Если это случится, значит...	Я неудачник
Если я неудачник, значит...	Я никогда не найду человека, с которым можно было бы построить отношения
Если я не найду такого человека, значит...	Я навсегда останусь одиноким
Если я навсегда останусь одиноким, значит...	Я не смогу быть счастливым один и буду несчастным
Каково глубинное убеждение?	Чтобы быть счастливым, мне нужны другие люди

**Рис. 2.6.** Применение техники вертикального спуска для выявления подразумеваемых убеждений

### **Какие задавать вопросы / Интервенция**

«Даже если ваша мысль верно отражает реальность, почему вас это так беспокоит? На какие еще мысли наводит? Что, как вам кажется, произойдет дальше?» Терапевту нужно продолжать копать глубже, раскрывая мысли и события, которые возникнут, если эта мысль окажется верной или предсказываемое событие случится. Цель – найти главные подразумеваемые смыслы и последствия негативной мысли или события.

### **Пример**

Техника вертикального спуска помогает подобраться к глубинным страхам, которых пациент может не осознавать. Я часто ее использую, потому что на практике предугадать реальные глубинные убеждения и страхи пациента невозможно. Например, многие из нас боятся умереть – но что именно этот страх значит для каждого из нас? Сравните диалоги с пациентами, каждый из которых рассказывал о своем страхе смерти.

**ТЕРАПЕВТ:** Итак, иногда вы ловите себя на пугающей мысли о том, что у вас найдут рак. Даже несмотря на заверения докторов, что с вами все в порядке. Но если бы у вас действительно обнаружили рак, что бы это значило для вас?

**ПАЦИЕНТКА:**

## **Конец ознакомительного фрагмента.**

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.