

НАУЧНО- ОБОСНОВАННАЯ ПРАКТИКА В КОГНИТИВНО- ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

ДЕБОРА ДОБСОН
КЕЙТ ДОБСОН



Когнитивно-поведенческая психотерапия

Дебора Добсон

**Научно-обоснованная
практика в когнитивно-
поведенческой терапии**

«Питер»

2017

УДК 616.89
ББК 88.481

Добсон Д.

Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии / Д. Добсон — «Питер», 2017 — (Когнитивно-поведенческая психотерапия)

ISBN 978-5-4461-1584-6

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

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

В формате PDF A4 сохранен издательский макет книги.

УДК 616.89
ББК 88.481

ISBN 978-5-4461-1584-6

© Добсон Д., 2017

© Питер, 2017

Содержание

Об авторах	6
Предисловие Д. В. Ковпака	7
Предисловие	10
Глава 1	12
Принципы когнитивно-поведенческой терапии	16
Актуальный контекст: где мы находимся сейчас	18
Социальные и культурные факторы в практике КПТ	22
Выводы	25
Глава 2	26
Нужно знать доказательную базу: эмпирически обоснованное оценивание	27
Инструменты когнитивно-поведенческой оценки	29
Интервью	29
Конец ознакомительного фрагмента.	36

Дебора Добсон, Кейт Добсон

Научно-обоснованная практика в когнитивно-поведенческой терапии

Об авторах

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

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

Предисловие Д. В. Ковпака

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

В каждой главе этой книги качественно и доступно раскрывается важная практическая тема, приводятся наглядные примеры и иллюстративный разбор кейсов. Авторы пошагово познакомят вас с ведущими принципами и факторами КПТ, ее целями, задачами и этапами, техническим инструментарием и межличностным взаимодействием. Диагностика и процесс оценки, интеграция материала клиента и шаги концептуализации кейса содержат ценнейший материал о тестах, шкалах и интервью, с примерами полуструктурированного и структурированного вариантов, наблюдении и самомониторинге. Введение в терапию, выстраивание рабочего альянса и терапевтических отношений сопровождаются примером психотерапевтического контракта. Специфика постановки целей и планирования терапии, поведенческих и когнитивных техник – от поведенческой активации и экспозиции до тренингов навыков и решения проблем, от анализа когнитивных искажений до когнитивной реструктуризации и изменений убеждений, работы с мотивацией и «сопротивлением». Структура первой и последующих сессий, а также курса в целом, подробности и научное обоснование психообразования, повышение эффективности выполнения домашних заданий, профилактики рецидивов и процесса завершения терапии, а также прочие важные элементы КПТ будут полезны для детального изучения специалистам любого уровня подготовки. Особенно интересными «изюминками» для многих терапевтов будут протокол работы с бессонницей (СВТ-I – протокол КПТ-Инсомнии), навыки заботы о себе, подробное описание формирования навыков решения проблем, преодоление избегания и содержательное изложение экспозиции – от ее научного обоснования до технических нюансов, методы сбора негативных автоматических мыслей и интервенции, на них направленные, работа с атрибуциями, убеждениями и схемами, а также проработка альтернатив. Отдельное внимание Добсоны уделили сложностям, типично возникающим в ходе терапии, и работе с рисками, дав подробные и полезные рекомендации, обратив внимание также на проблемы и кризисы самого психотерапевта – от «синдрома самозванца» до профессионального выгорания. А завершили этот монументальный труд глобальными перспективами и обзором современных тенденций и профессиональной литературы.

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

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

В дополнение к результатам исследований доктор Добсон изучил механизм, с помощью которого КПТ производит эффект в процессе лечения депрессии. В своей работе он рассматривал изменения внимания как центральную особенность обработки информации у депрессивных пациентов в ходе КПТ. Две его статьи на эту тему, одна из которых была посвящена обработке информации и когнитивной организации при депрессии (опубликована в журнале *Abnormal Psychology* в 2001 году, 203 цитирования), а вторая – предикторам исхода лечения пациентов (опубликована в журнале *Clinical Psychology Review* в 2002 году, 190 цитат), оказали сильное влияние на содержание руководств в области изучения медиаторов и модераторов эффектов КПТ.

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

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

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

Супруги Добсоны – удивительно гармоничные, интеллигентные и чуткие люди, любящая, дружная и творческая семейная пара, воспитавшая замечательных талантливых детей. Им в

их насыщенной жизни удастся поддерживать баланс разных ее сфер, уделяя время и большой науке, и преподаванию, и карьере, и социальной активности, и близким, и отдыху в той мере, чтобы получать от них и силы, и поддержку, и самореализацию, и вдохновение.

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

Предисловие

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

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

Хотя множество публикаций посвящены КПТ, лишь незначительный их процент освещает это психотерапевтическое направление одновременно с точки зрения практики и с позиции науки, а также учитывает системы, в которые оно вписано. Обычно внимание направлено на проблематику, диагностические условия и/или специализированные типы терапии. В итоге мы все лучше разбираемся в том, какие интервенции лучше применять в работе с какими проблемами – однако еще относительно мало публикаций, которыми мог бы руководствоваться клинический специалист, посвящают трансдиагностическому применению КПТ. А ведь в формах применения когнитивно-поведенческой терапии для разных состояний много общего. В данной книге описаны эти общие факторы процессов оценки, интервенций и консультирования. Последние годы многие аспекты КПТ стали так популярны, что автоматически воспринимаются наиболее эффективными. В данной книге мы разберем их эмпирические основания. А кроме того, выделим области, где научные исследования явно не успевают за практикой, чтобы информировать практикующих специалистов и одновременно способствовать проведению исследований, которые ответили бы на важные вопросы. Мы также рассмотрим некоторые мифы, связанные с когнитивно-поведенческой терапией, и изложим свою позицию относительно них.

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

Мы постарались интегрировать самые качественные результаты научных исследований в реалии клинической практики, четко и реалистично оценивая возможности когнитивно-пове-

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

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

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

Ни одна книга не выходит в свет усилиями одного человека. Поэтому мы хотим назвать тех, кто сыграл роль в нашей жизни и поддерживал нас в профессиональном развитии. Наиболее сильное влияние на обоих и каждого в отдельности оказали: Аарон Бек, Джудит Бек, Брайан Шоу, Нил Джекобсон, Стив Холлон, Зиндел Сигал, Джон Тиздейл, Дэвид Дозуа, Боб Лихи, Лесли Сокол, Роберт Дерубис, Керри Мазэстил, Гейл Белшер, Барб Бэкс-Дермотт, Чери Питерсон, Дэвид Ходжкинс, Дженнифер Гэрэнджер, Джеймс Ньювенхуис, Нина Джозефовитц, Франк Датиллио и Ник Казантис. Нам довелось работать со многими очень талантливыми магистрантами, аспирантами, интернами и ординаторами. Вместе с ними мы пережили взлеты и падения, некоторые из них внесли свой важный вклад в развитие когнитивно-поведенческой практики. Второе издание этой книги вышло благодаря Джиму Неджетту – старшему издателю The Guilford Press, и мы говорим ему персональное спасибо за поддержку и помощь. Также выражаем признательность другим сотрудникам издательства, особенно Джейн Кейслар. И хотим подчеркнуть, как важна для нас любовь и поддержка наших детей, Кита и Обри, Бет и Саймона, а также наших внучек, Александры и Клементины. Наконец, мы надеемся, что книга внесет вклад в развитие данного психотерапевтического направления и в конце концов принесет пользу клиентам. Наша работа основывается на желании помогать людям, столкнувшимся с психическими проблемами, и мы надеемся, что книга станет достойным пополнением библиотеки по когнитивноповеденческой терапии.

Глава 1

Введение и контекст когнитивно-поведенческих интервенций

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

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

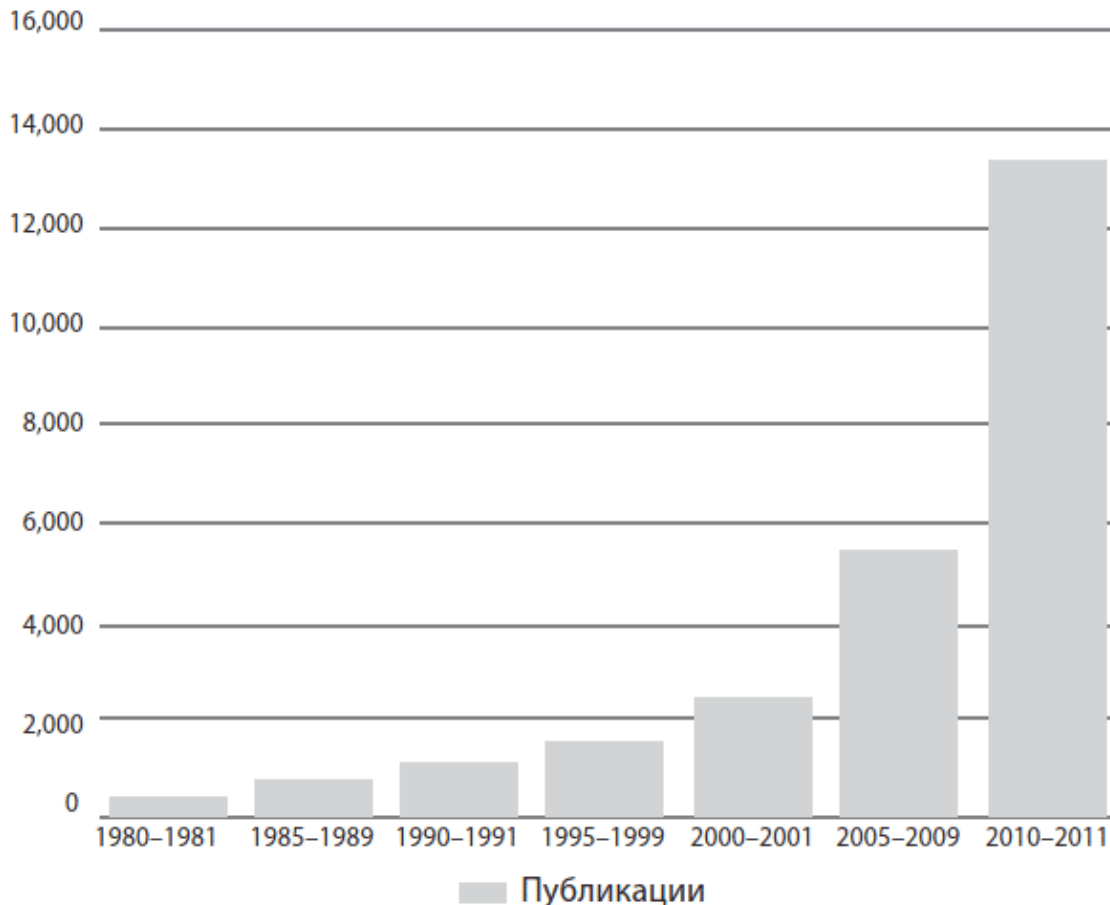


Рис. 1.1. Рост количества публикаций, посвященных КПТ

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

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

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

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

Что делать, если клиент демонстрирует проявления сразу нескольких расстройств, с какой проблемы начинать психотерапевтическую работу? Как поступить клиническому спе-

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

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

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

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

Наконец, важно учитывать контекст. Любые проблемы возникают у человека в контексте его жизни и социальных систем, в рамках которых он выстраивает взаимодействие с другими. В свою очередь, наша практика тоже осуществляется в условиях определенного контекста или системы, которая является важнейшим фактором, непосредственно влияющим на психотера-

пию. Финансовые ограничения в системах здравоохранения могут склонять чашу весов таким образом, что предпочтение будет отдаваться краткосрочному лечению – даже для клиентов с тяжелыми проблемами. Если система здравоохранения оказывается ориентирована на сокращение или устранение стационарного лечения, стандартом становится амбулаторная форма работы с пациентами. Если система не поддерживает когнитивно-поведенческие интервенции, вероятность того, что специалисты будут их использовать, значительно снижается.

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

Принципы когнитивно-поведенческой терапии

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

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

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

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

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

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

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

Актуальный контекст: где мы находимся сейчас

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

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



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

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

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

В разных системах здравоохранения вопрос несоответствия спроса и предложения на когнитивно-поведенческую психотерапию пытаются решить по-разному. Некоторые (например, Национальная служба здравоохранения Великобритании) рекомендуют ступенчатый подход, когда пациентам в нетяжелых состояниях предлагают минимальные интервенции (D. M. Clark et al., 2009). К числу таковых относятся библиотерапия, психообразование и группы когнитивно-поведенческой самопомощи. Одна из целей этих подходов – расширение базы доступных населению ресурсов. Большинство клинических специалистов, работающих в условиях высокой загруженности, ищут способы сделать психотерапию более доступной клиентам; этой цели служат разнообразные группы самопомощи и общественные программы. Кроме того, расцвела индустрия телемедицины, благодаря которой мобильные и интернет-технологии сделали КПТ доступной людям, проживающим в отдаленных и сельских регионах, а также клиентам, не имеющим доступа к классическим формам оказания психологической помощи (Andersson, 2010; Green & Iverson, 2009; Hadjistavropoulos et al., 2011).

Что происходит в системах, предоставляющих психотерапевтические услуги, если принять во внимание очевидный дисбаланс спроса и предложения на КПТ? Рост спроса стал поводом для включения большего количества доказательных практик в учебные программы, посвященные психическому здоровью. Вероятно, со временем число организаций, использующих доказанно эффективные методы психотерапевтической помощи, будет расти. Пока можно отметить развитие рынка постдипломного образования с выдачей сертификатов о повышении

квалификации, а также рост количества публикуемых руководств и иных форм обучения для работающих специалистов-практиков. Многие используют эти доступные возможности.

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

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

Еще один недостаток резко возросшего интереса к когнитивноповеденческому направлению со стороны широкой общественности заключается в том, что специалистам хочется применять КПТ в том числе для работы с состояниями, в отношении которых доказательств ее эффективности мало, а то и нет. Несложно понять, почему так происходит: клинические специалисты стараются сделать все возможное для смягчения дистресса клиентов, а доказанно эффективных подходов к работе с конкретной проблемой может попросту не существовать. Тем не менее, когда психотерапия применяется в сфере, для которой до сих пор не разработаны руководства и не проверялась эффективность воздействия, отсутствие желаемых результатов может быть воспринято как доказательство ущербности психотерапевтической модели. Слишком рьяное применение принципов когнитивно-поведенческой психотерапии в сферах, где вероятность ее эффективности ниже, – настоящий вызов для приверженцев метода, репутация которого в долгосрочной перспективе от такого рвения лишь страдает.

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

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

Социальные и культурные факторы в практике КПТ

Психотерапевтические направления не развиваются в вакууме. Наоборот, они неразрывно связаны с убеждениями и практиками, существующими в обществе на момент зарождения метода. Когнитивно-поведенческая терапия – не исключение; она тоже развивалась в контексте определенных социальных и культурных тенденций. КПТ-терапевтам важно понимать этот контекст, чтобы успешно идентифицировать проблемы, с которыми предстоит работать, и решать их с учетом социальной и культурной среды. Краткий обзор данных факторов помогает понять и ограничения КПТ, выделить ситуации, когда нужно отклониться от стандартной практики с целью удовлетворить потребности клиента. Если психодинамическая терапия выросла в социальном и экономическом климате конца XIX и ценностей начала XX века, то когнитивно-поведенческая психотерапия является в первую очередь продуктом западных ценностей нашего времени.

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

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

Кроме того, мы живем в эпоху технологий: доступная информация лавиной накрывает человека. Один из побочных эффектов информационного потока – некоторая демистификация психотерапии. Клиентам, которые с технологиями на «ты», доступны международные журналы и университетские библиотеки, где легко найти актуальные и заслуживающие доверия данные об эффективности тех или иных форм лечения. Многие клиенты приходят с багажом информации о самостоятельно диагностированных у себя же расстройствах и запрашивают конкретные формы помощи. Однако, к сожалению, в интернете с благими намерениями часто размещают информацию, которая оказывается ложной. Нередко люди предварительно изучают вопрос и читают посвященную ему литературу, поэтому обращаются к специалисту по психическому здоровью с запросом именно на КПТ.

Чем доступнее информация, тем более открытым становится мир для людей с психическими проблемами и тем слабее эффект стигматизации. Многие организации вроде американского Национального альянса по психическим заболеваниям (National Alliance on Mental Illness), Канадской ассоциации психического здоровья и Новозеландского министерства здравоохранения спонсируют кампании повышения осведомленности. Результаты опросов, посвященных ее уровню, иногда поражают. Так, в канадской провинции Альберта около 85 % людей, случайно попавших в список участников проведенного в 2006 году телефонного опроса,

сумели по стандартизированному описанию точно определить у человека признаки депрессии (Wang, 2007). Хотя стигма до сих пор существует, авторы того же исследования выявили 10-процентное увеличение осведомленности о депрессии среди населения Австралии за последнее десятилетие (Wang, 2007).

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

Еще один смежный вопрос – сдерживание расходов в сфере здравоохранения. Затраты на здравоохранение в большинстве развитых стран за последние несколько десятилетий по ряду причин резко выросли; среди прочего данная тенденция связана с развитием технологий и старением населения. Сдерживание расходов мотивирует на использование краткосрочных практико-ориентированных форм лечения. Сочетание увеличения спроса на психотерапевтическую помощь и более открытого обсуждения темы психического здоровья, а также недостаточной доступности необходимого лечения, привело к резкому росту популярности краткосрочных интервенций и ограничению продолжительности или доступа к психотерапевтическим услугам. Представители систем здравоохранения, управляющие больницами, организации медицинского обеспечения и страховые компании регулярно отслеживают важные с экономической точки зрения показатели типа продолжительности пребывания в больнице, количества сессий, уровня удовлетворенности клиента и результата лечения. Большинство систем отчитываются *за итоги лечения*, которые почти всегда интерпретируются в контексте стоимости оказанных услуг. Системы, устроенные сложнее, при сравнении эффективности услуг учитывают преимущества, компенсирующие издержки (например, когда речь идет о выборе амбулаторного лечения или госпитализации; фармако- или психотерапии). Все эти факторы вносят свою лепту в востребованность КПТ, которая относительно дешева, позволяет систематически измерять и оценивать полученные результаты, снижает риск рецидива, а зачастую и необходимость использования более дорогостоящих или инвазивных терапевтических альтернатив.

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

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

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

Выводы

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

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

В следующих главах собраны рекомендации, основанные на последних научных данных, которые вы сможете применять в собственной практике. Мы обсудим общие элементы, свойственные разным направлениям психотерапии, КПТ в частности, и дадим советы, которыми можно руководствоваться при описании и оценке клиентских случаев; разберем главные поведенческие, когнитивные и сфокусированные на схемах интервенции. Многие специалисты испытывают трудности на завершающем этапе работы с клиентом, поэтому мы отдельно обсудим завершение терапии и коснемся темы предотвращения рецидивов. В практике могут возникать и постоянно возникают сложные ситуации, для которых будут предложены разные способы разрешения.

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

Глава 2

Оценка в когнитивно-поведенческой терапии

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

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

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

Нужно знать доказательную базу: эмпирически обоснованное оценивание

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

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

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

Функциональный анализ, в отличие от диагностической оценки, традиционно используется для формулировки связей между поведенческой оценкой и собственно лечением. В традиционном поведенческом функциональном анализе в процессе оценивания выделяются при-
сущие среде переменные, которые, предположительно, управляют целевым или проблемным поведением; затем именно они становятся объектом изменения в ходе терапии. Терапевтическая полезность функционального анализа была продемонстрирована в нескольких исследо-

ваниях, касавшихся, в частности, работы с более тяжелыми состояниями (например, Carr & Durand, 1985).

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

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

Инструменты когнитивно-поведенческой оценки

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

Чтобы добиться максимальной валидности оценивания, полезно использовать разные методики и способы измерения. Желательно следить за тем, чтобы у всех используемых методов были качественные психометрические характеристики и чтобы каждый из них привносил новую информацию. Большое количество измерений не гарантирует увеличение валидности! В некоторых условиях когнитивно-поведенческое оценивание может начинаться с диагностического интервью, но успешное планирование лечения основывается на более полной оценке когнитивных и поведенческих переменных. В рамках некоторых подходов и в некоторых условиях диагностическое интервью вовсе не нужно. Например, если клинический специалист использует функциональный анализ, диагноз как таковой может не иметь для него важности. Тем не менее большинство специалистов по результатам оценки обычно формулируют и диагноз, и когнитивно-поведенческую концептуализацию. Существует несколько справочников по эмпирически обоснованным диагностическим инструментам для разных типов проблем с тревогой (Antony, Orsillo, & Roemer, 2001), депрессией (Nezu, Ronan, Meadows, & McClure, 2000) и злостью (Ronan, Dreer, Maurelli, Ronan, & Gerhart, 2014). Инструменты, попавшие в эти пособия, имеют обоснованные психометрические характеристики, легкодоступны для использования на практике и разработаны в контексте когнитивно-поведенческой модели. В то же время, поскольку большинство из них появились на свет в исследовательских институтах, их терапевтическая полезность и применимость в разных клинических условиях или с разными группами людей изучалась не всегда. Ниже мы рассмотрим некоторые из этих инструментов: те, которые чаще всего применяются в КПТ и считаются надежными с психометрической точки зрения.

Интервью

Процесс оценки почти всегда начинается с интервью. Для них разработано множество структурированных и полуструктурированных форматов, некоторые из них надо покупать. Целью большинства структурированных интервью является определение *диагноза* клиента, а не формулирование *проблем*, на которых ему (или ей) хотелось бы сосредоточиться в ходе психотерапии. Среди диагностических интервью можно назвать Стандартизированное (структурированное) клиническое интервью DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; SCID; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) и Набор интервью для диагностики тревожных расстройств DSM-5 (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5; ADIS-5; Brown & Barlow, 2014). Структурированные интервью разработаны и для других сфер: напри-

мер, 5-е издание Индекса тяжести зависимости (Addictions Severity Index-5th Edition; McLellan et al., 1992). Стоит отметить, что некоторые диагностические интервью на момент написания книги перерабатывались с целью достичь соответствия с критериями DSM-5 и поэтому не были доступны.

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

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

Имя: _____ Дата: _____

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

Общая информация

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

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

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

Рис. 2.1. (продолжение)

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

Поведенческие наблюдения

Рис. 2.1. (окончание)

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

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

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

«Какие ситуации заставляют вас чувствовать _____?»

«Пожалуйста, подробно опишите каждую такую ситуацию».

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

«Опишите изменения настроения на протяжении своего обычного дня».

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

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

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

«Как вы отреагировали на это изменение настроения?»

«Что случилось после?»

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

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

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

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

• *Недостаток навыков, знаний и т. п.* У некоторых клиентов знаний и навыков достаточно, но они боятся их применять. Даже если складывается впечатление, что клиенту недо-

стает каких-либо навыков, важно разделять этот дефицит и дистресс, связанный с их применением. Например, может показаться, что у подавленной и склонной к избеганию клиентки недостаточно социальных навыков, хотя она может уметь выстраивать социальные взаимодействия. Однако это умение не удастся продемонстрировать из-за пониженного настроения и тревожного избегания. Обязательно надо обращать внимание на то, что нехватка навыков не всегда обусловлена психологическими причинами. Так, необходимо выяснить, насколько компетентным водителем является клиент, обратившийся с жалобой на боязнь выезжать на скоростное шоссе. Если социально тревожный клиент слишком медленно говорит или часто запинаясь, имеет смысл проверить его слух.

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.