

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия

Воспроизведено по: Основные направления современной психотерапии: Учебное пособие. — М.: Когито-Центр, 2000. — С. 224–267.

Оглавление

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия	1
Характеристика трех основных блоков когнитивно-бихевиоральных подходов.....	3
Когнитивная психотерапия Бека.....	7
Краткая история и основные методологические принципы КТ.....	9
Основные теоретические положения КТ.....	11
Когнитивные модели депрессивных и тревожных расстройств.....	14
Основные этапы и техники КТ.....	16
Список литературы.....	25
Приложение.....	27

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия и психоанализ традиционно считаются двумя основными направлениями современной психотерапии. Так, в Германии лишь эти два направления признаны при университетах и, чтобы получить государственный сертификат специалиста-психотерапевта с правом оплаты через страховые кассы, нужно обязательно иметь базовую подготовку по одному из них. Гештальт-терапия, психодрама, системная семейная психотерапия, несмотря на свою популярность, пока признаются лишь как виды дополнительной специализации.

Когнитивно-бихевиоральная, или когнитивная-поведенческая, психотерапия значительно моложе психоанализа. Хотя бихевиоризм как теоретическое направление психологии возник и развивался примерно в то же время, что и психоанализ, то есть с конца прошлого века, попытки систематически применить принципы теории научения для психотерапевтических целей относятся к концу 50-х – началу 60-х годов. В это время в Англии в знаменитом госпитале Модсли Г. Айзенк впервые применил принципы теории научения для лечения психических расстройств. В клиниках США повсеместно начинает применяться методика положительного подкрепления желаемых реакций у больных с сильно нарушенным поведением, так называемая техника «экономии жетонов». Все положительно оцениваемые действия больных (например, сам умылся, постелил постель и т. д.) получают подкрепление в виде выдачи специального жетона. Затем этот жетон больной может обменять на сладости или получить выходной для посещения семьи и т. д. В Южной Африке Д. Вольпе совместно со своими сотрудниками А. Лазарусом и Рахманом применяет павловский принцип формирования условного рефлекса для лечения патологических страхов и разрабатывает метод систематической десенситизации — разрушения условно-

рефлекторной реакции страха путем постепенного приучения к пугающему стимулу с использованием техник воображения и релаксации (Wolpe, Lazarus, 1966).

Однако в это время бихевиоризм как объяснительная модель человеческого поведения подвергается резкой критике за свой механицизм и игнорирование внутренней жизни человека. Стимульно-реактивная схема, описывавшая человеческое поведение как сумму реакций на различные стимулы и являвшаяся основной теоретической парадигмой в работе большинства американских психологов начиная с 20-х годов, явно исчерпала себя как средство изучения психики. В это время происходит когнитивная революция в психологии, доказавшая роль так называемых внутренних переменных, или внутренних когнитивных процессов, в человеческом поведении, появляются информационные модели человеческой психики, которые описывают человека как активно перерабатывающего поступающую извне информацию и создающего различные модели реальности, а не просто пассивно реагирующего на стимулы извне. Бихевиоризм был значительно видоизменен, а возникшая на его основе психотерапия была уже не бихевиоральной, а бихевиорально-когнитивной. Сегодня можно говорить лишь об отдельных техниках, базирующихся преимущественно на стимульно-реактивной схеме, которые активно применяются и по сей день; это прежде всего уже упомянутые техники модификации реакций страха, основанные на принципе десенситизации, и некоторые другие.

В настоящее время можно говорить о существовании различных когнитивно-бихевиоральных подходов, которые различные авторы объединяют в группы по различным основаниям. Нам представляется возможным выделить три блока когнитивно-бихевиоральных подходов:

1. Методы, более близкие классическому бихевиоризму и основанные преимущественно на теории научения, то есть на принципах прямого и скрытого обусловливания. Эти подходы используют техники систематической десенситизации, конфронтации с пугающим стимулом, парадоксальную интенцию, техники положительного и отрицательного подкрепления, техники моделирования поведения, то есть научения на основе наблюдения за поведением модели. Из отечественных подходов к этой группе методов можно отнести эмоционально-стрессовую психотерапию Рожнова;
2. Методы, основанные преимущественно на теории информации, использующие принципы поэтапного построения внутренних моделей для переработки информации и регуляции поведения на их основе. Эти техники, хотя и уделяют большее внимание внутренним когнитивным схемам действия, так же, как первая группа техник, упрощенно рассматривают закономерности поведения человека, сводя их к модели компьютера. Сюда относятся различные техники решения проблем (problem-solving therapies) (Zurilla, 1988) и техники формирования совладающих навыков (coping skills therapies) (Rerun, Rokke, 1988);
3. Методы, основанные на интеграции принципов теории научения и теории информации, а также принципов реконструкции так называемых дисфункциональных когнитивных процессов и некоторых принципов динамической психотерапии. Это, прежде всего, рационально-эмотивная психотерапия Альберта Эллиса и когнитивная психотерапия Арона Бека. Сюда же можно отнести подходы В. Гвидано (Guidano, 1988) и Г. Лиотти (Liotti, 1988), а также М. Махони (Machoney, 1993). Эти интегративные когнитивно-бихевиоральные подходы, свободно используя техники первых двух блоков, ставят в качестве главной задачи изменение дисфункциональных способов мышления, которые, по мнению авторов, являются источником неадекватного болезненного по-

ведения. При этом разными авторами большее или меньшее внимание уделяется прошлому опыту, в котором сформировались представления, верования и установки, обуславливающие поток дисфункциональных (например, тревожных или депрессивных) мыслей. Именно последнее заставляет методологов когнитивно-бихевиорального подхода говорить о недостаточной теоретической чистоте этих моделей и обвинять его представителей в скатывании в сторону динамической психотерапии (Dobson, 1988). Более нейтральные методологи говорят о пограничном статусе этой группы, называя эти подходы «мостом между бихевиоризмом и психоанализом» (Durssen, 1985).

Характеристика трех основных блоков когнитивно-бихевиоральных подходов

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия часто рассматривается просто как набор эффективных техник, в отрыве от теоретического фундамента. Как отмечает один из авторов новейшего руководства по психотерапии Г. Райникер (Reinicker, 1998), многие желающие обучиться когнитивно-бихевиоральному подходу подчеркивают именно технологичность как его важное преимущество. Однако чрезмерное увлечение технологиями грозит недостаточным вниманием к психологическим моделям различных заболеваний и состояний, их целостному концептуальному пониманию. Чрезмерное увлечение технологиями приводит к простому выхватыванию различных симптомов и проблем, которым соответствуют те или иные техники, из целостной картины нарушений, что неизбежно снижает эффективность работы и даже может вести к обратному негативному эффекту. Поэтому знание нормы и патологии, различных синдромов и психологических механизмов, им соответствующих, является необходимой базой для каждого психотерапевта.

После этого важного, на наш взгляд, предостережения коротко представим наиболее известные техники из первого блока когнитивно-бихевиоральных подходов, а именно основанных на теории научения. В теории научения выделялись разные его виды по мере развития взглядов бихевиористов. Модель классического научения, восходящая корнями к отцам бихевиоризма И. П. Павлову и Дж. Уотсону, основана на принципе условного рефлекса: определенная реакция на определенный стимул закрепляется в результате сочетанного с ним положительного или отрицательного подкрепления (Шульц, Шульц, 1998). Дж. Уотсон показал, как в результате такого научения у ребенка формируется реакция страха на нейтральный объект (белую крысу), который показывался ему одновременно с неожиданным предъявлением резкого пугающего звука. Таким образом, предъявление крысы сопровождается реакцией страха, и у ребенка формируется реакция избегания самой крысы, которая вначале воспринималась нейтрально или даже положительно. Известная последовательница Уотсона Мери Джонс показала, что детей можно избавлять от страхов, постепенно приучая их к объектам, вызывающим страх, предъявляя эти объекты на безопасном расстоянии, постепенно его уменьшая и сопровождая предъявление объектов другими стимулами, вызывающими положительные эмоции. Через много лет эти опыты в строго контролируемых условиях повторили на крысах и на людях Вольпе с сотрудниками, тем самым положив начало техникам конфронтации в борьбе с тревогой. Тот же принцип используется в игровой терапии детей с фобическими реакциями, когда пугающие ситуации разыгрываются в психотерапевтическом кабинете с положительным эмоциональным фоном, а ребенок проигрывает другие формы поведения в этих изначально страшных ситуациях. Метод рефрейминга, прием «якоря» в НЛП также имеют в своей основе тот же принцип классического научения.

Пожалуй, техники конфронтации относятся к самым известным и широко применяемым из первого блока. Главный их принцип — изменение дисфункциональных реак-

ций на определенный стимул путем целенаправленной конфронтации с этим стимулом. Как мы уже упоминали, наиболее известной из этих техник является техника систематической десенситизации. Согласно Вольпе, торможение реакций страха имеет три этапа:

- 1) составление списка пугающих ситуаций или стимулов с указанием их значимости или иерархии;
- 2) обучение какому-либо методу мышечной релаксации с целью формирования навыка создавать физическое состояние, противоположное состоянию при эмоции страха, то есть навыка тормозить реакцию страха;
- 3) поэтапное предъявление пугающего стимула или ситуации в сочетании с применением метода мышечной релаксации.

Примером может быть работа с транспортной фобией. Больного обучают, например, методу аутогенной тренировки. Затем больного учат представлять себя находящимся в метро, сохраняя ровное дыхание и расслабленные мышцы. Затем инструктор может спуститься с ним в метро, помогая контролировать дыхание и состояние мышц. Затем инструктор может проехать с больным вместе одну остановку. На следующий день больному предлагается одному спуститься в метро, контролируя дыхание и состояние мышц, на следующий — проехать одну остановку, и так далее до исчезновения реакции страха.

Долгое время систематическая десенситизация была царицей техник в борьбе с тревогой. Однако в настоящее время идеи Вольпе о трех этапах торможения реакций страха используются достаточно изолированно, а техники работы с тревогой несколько видоизменились. Например, большое распространение получила техника конфронтации с подавлением тревожной реакции (*exposure/response prevention*). Конфронтация означает помещение клиента в пугающую ситуацию. Обычно при этом у клиента возникает выраженная реакция страха, сопровождающаяся поведением избегания. Согласно теории научения, поведение избегания закрепилось в силу негативного подкрепления, так как приводило к уменьшению реакции страха. Главная цель этого метода — предотвратить реакцию избегания. Запрет на избегание может быть, например, в форме контракта с клиентом на проведение эксперимента, цель которого — убедиться в необоснованности собственных опасений. Например, можно предложить клиенту с социальными страхами и ожиданием враждебных реакций со стороны окружающих спрашивать на улице у идущих навстречу прохожих, который час. По мере проведения такого эксперимента и получения в основной массе доброжелательных или спокойно-равнодушных ответов клиент убеждается в необоснованности своих опасений (реакция страха не находит подкрепления) и его напряжение на улице спадает, то есть в результате конфронтации с пугающей ситуацией поведение меняется: меняются ожидания и происходит научение.

Популярная в США техника «наводнения» (*flooding*) представляет собой просто наиболее жесткий вариант техники конфронтации, так сказать массивную конфронтацию. Клиенту предлагается немедленная конфронтация с максимально неприятным стимулом, и, соответственно, он должен пережить максимально выраженную реакцию страха, гнева и т. д. Применение этой техники требует от клиента очень большой мотивированности и довольно высокой стрессоустойчивости. Нахождение в ситуации вопреки страху и непосредственное реальное переживание необоснованности своих опасений обычно приводит к заметному прорыву и резкому преодолению старых реакций. Важное преимущество этой техники — высокий превентивный эффект. Практически поведение избегания прекращается и в других ситуациях, так как не подкрепляется как жизненная стратегия, а подкрепление получает, наоборот, конфронтация. Обычно техника массивной конфронтации применяется *in vivo*, то есть путем помещения пациента в реальную проблемную ситуацию. Однако в ряде случаев возможна и работа с воображаемыми си-

туациями. Главное — сохранять погружение в ситуацию до постепенного уменьшения реакции страха или гнева. Как правило, для научения необходимо неоднократное повторение массивной конфронтации.

В противоположность классическому научению, основанному на принципах формирования или угашения условного рефлекса, в техниках, базирующихся на оперантном научении, используются в основном приемы положительного или отрицательного подкрепления, следующего за желаемой и, соответственно, нежелательной реакцией. При этом оба вида техник обычно дополняют друг друга и используются в комплексе. При оперантном научении нужное поведение систематически подкрепляется, а нежелательное — отторгается. Формирование нужного поведения может происходить на основе приема шейпинга (shaping), пошагового подкрепления первых же элементов желательного поведения, как это бывает при подкреплении произнесения отдельных звуков ребенком, который учится говорить. Другой пример, где адекватно применение шейпингового подкрепления, — своевременный приход или же следование временным рамкам во время сеанса пациента, у которого серьезные проблемы с сеттингом и границами. Прием чейнинга (chaining) означает подкрепление всей цепочки действий, направленных на определенную цель. Этот прием хорош, когда стоит задача формирования самостоятельности — отказ от помощи при попытках найти правильное решение, но щедрое подкрепление после его достижения.

Наконец, существуют оперантные стратегии стабилизации или закрепления желательного поведения. Согласно этой стратегии, все сформированные в условиях кабинета или стационара навыки должны быть перенесены в жизнь. Тут может быть использована система домашних заданий с последующим обсуждением трудностей и подкреплением успешного применения навыков вне клиники. Например, больной с социальной фобией, в основе которой нередко лежит культ силы и успеха, впервые решается на признание в своих проблемах и слабостях психотерапевту. Однако его общение с людьми по-прежнему сковано стремлением казаться сверхблагополучным. Поэтому следующим шагом психотерапевт должен помочь пациенту более открыто и спокойно признаваться в своих проблемах. То есть стратегия стабилизации более открытого и доверительного общения с людьми должна быть сознательной целью психотерапевта, если он хочет, чтобы результаты психотерапии были устойчивы. Подкреплением может быть выражение терапевтом радости, похвала, изменение режима наблюдения, переход на следующую стадию работы. Но главным подкреплением являются позитивные изменения в жизни и в отношениях с людьми, следующие за изменением поведения. Обычно снижение частоты сеансов происходит по мере закрепления способности самостоятельно справляться с проблемами.

Наконец, А. Бандура в 60-е годы выделил еще один вид научения — социальное научение или научение на основе наблюдения или моделирование поведения (Bandura, 1969). Бандура уже фактически работает в бихевиорально-когнитивной парадигме и подчеркивает роль установок и мотивации в научении.

Хорошим примером психотерапевтической работы, где используются практически все вышеперечисленные принципы научения и соответствующие им техники, является тренинг социальных навыков, возникший на базе концепции социального научения Бандуры. Поощряя клиента действовать в трудной для него ситуации, моделируемой в тренинге, вы снимаете тревогу и страх перед этой ситуацией на основе конфронтации и десенситизации. Система подкрепления удачного поведения в виде положительной обратной связи сочетается с научением на основе моделирования поведения другими и разбора собственных и чужих ошибок, чему особенно способствует видеотренинг. Многие специалисты по тренингу социальных навыков плохо осознают, что используют определенные принципы теории научения (как герой Мольера не знал, что он говорит прозой). Од-

нако знание принципов создает предпосылки для более свободного и осмысленного применения техник, а также для более творческой работы с каждой отдельной ситуацией.

Второй большой блок выделенных нами когнитивно-бихевиоральных подходов основан на информационных моделях психики и пытается представить любое болезненное поведение или состояние как проблему. Выделение проблемы совместно с пациентом, ее конкретизация являются первым необходимым шагом к изменениям. Например, проблема переедания переформулируется как проблема совладания с тяжелым эмоциональным состоянием, которое сопровождается перееданием. При этом обсуждаются вопросы: в чем проблема, насколько она тяжела, какие имеются ресурсы для ее решения, каковы потенциальные пути ее решения? и т. д. Затем клиент сосредоточивается на продуцировании различных вариантов ее решения с последующей оценкой и выбором. В случае нарушенного пищевого поведения это может быть детальный анализ обстоятельств, которые способствуют перееданию, обстоятельств, в которых пациенту удастся воздерживаться от переедания, ресурсов, которые можно привлечь для решения этой проблемы (увеличение источников удовольствия, активные занятия и т. д.). Для развития навыков совладания терапевт останавливается на способах, с помощью которых клиент может более эффективно справляться с проблемами. Например, в тренинге совладания со стрессом (Meichenbaum, 1977) акцент делается на необходимости обучения клиента поэтапному подходу к проблеме, анализу сопряженных с ней проблем, обучению самоинструкциям совладания. Тренинг решения проблем (problem solving) и тренинг навыков совладания (coping skills) обычно используются вместе. Главная задача — обучить человека адекватным способам переработки информации и принятия решения. Здесь отчетливо виден прямой перенос информационных моделей из когнитивной психологии на работу с психологическими проблемами и психическими расстройствами. Техники могут быть полезными там, где имеется явный дефицит навыков решения проблем и принятия решений. Этот дефицит типичен для многих психических нарушений; поэтому эти техники могут быть успешно интегрированы в работу с больными и здоровыми людьми.

Из третьего блока интегративных подходов наиболее известны рационально-эмотивная терапия (РЭТ) Эллиса и когнитивная психотерапия Бека. Кратко охарактеризуем подход Эллиса. Согласно этому подходу, в основе чрезмерно сильных (а значит, по Эллису, деструктивных) чувств лежат иррациональные представления (irrational beliefs). Эллис рассматривает тенденцию мыслить иррационально как врожденную особенность человека. С другой стороны, в качестве второй биологической особенности человека он выделяет его способность осмысливать собственное мышление (то есть рефлексия, хотя сам Эллис и не использует этого термина) и на этой основе изменять собственные иррациональные представления на более конструктивные и реалистические. На этой второй особенности и строится рационально-эмотивная психотерапия.

Приведем знаменитую эллисовскую формулу поведения «АВС», где А — активирующее событие, или, со строго феноменологических позиций, его перцепция; В — личные верования или способы оценки воспринимаемых событий, С — эмоциональные и поведенческие паттерны, определяемые В. Таким образом, верования в этой формуле центральны и по месту, и по функциональной нагрузке. Эллис отмечает интерактивную природу верований и ведущую роль социального окружения в их формировании. Универсальной причиной иррационального мышления является, согласно Эллису, «тирания долженствования», когда человек ригидно принуждает себя и других к обязательному следованию определенным стандартам. Любая вероятность отклонения от этих стандартов приводит к таким когнитивным оценкам ситуации, как катастрофизация, проклятия и самоуничтожение, отрицание своей толерантности.

Основное отличие РЭТ от других когнитивных подходов Эллис формулирует следующим образом: «РЭТ особо подчеркивает важность выделения догматических безус-

ловных “долженствований”, отделения их от своих желаний и предпочтений и обучение тому, как отказаться от первых и учитывать вторые» (Эллис, 1999).

Одно из наиболее распространенных заблуждений относительно когнитивной психотерапии заключается в том, что когнитивные психотерапевты придерживаются серьезного и чрезмерно интеллектуального стиля общения с клиентом. РЭТ же рассматривает психологические нарушения как результат чрезмерно серьезного отношения к жизни и рекомендует использовать юмор как метод лечения (Dryden, Ellis, 1986). Эллис рекомендует неформальный, юмористический активно-директивный стиль, однако особо подчеркивает необходимость быть гибким в зависимости от конкретной ситуации и конкретного клиента. Так, с истерическими акцентуациями рекомендуется избегать чрезмерно дружелюбного, эмоционального общения, не рекомендуется быть чрезмерно интеллектуальным с обсессивно-компульсивными клиентами, не рекомендуется директивный стиль с теми, кто проявляет повышенную потребность в автономии, наконец, не следует проявлять много активности с клиентами, склонными к пассивности.

Итак, «философия долженствования» рассматривается Эллисом как причина большинства психологических нарушений. Соответственно, в качестве философии здоровья рассматривается философия релятивизма, согласно которой «люди имеют большое количество потребностей, желаний и предпочтений, но если они не будут превращать эти неабсолютные ценности в грандиозные догмы и требования, то они не будут психически болеть» (Dryden, Ellis, 1986, p. 227). Подход Эллиса является в известном смысле системой воспитания рационального мышления, которую он активно популяризирует (Ellis, 1993). И недаром Эллис ссылается на концепцию Адлера в качестве одного из источников РЭТ. «В то время как Фрейд является исследователем и толкователем, Адлер — главным образом воспитатель» (Юнг, 1993, с. 26). И далее у Юнга: «Нельзя оставлять без внимания то, что ложные невротические пути становятся закоренелыми привычками и что, несмотря на все понимание, они не исчезают до тех пор, пока не заменяются другими привычками, приобрести которые можно только благодаря обучению» (там же, с. 27).

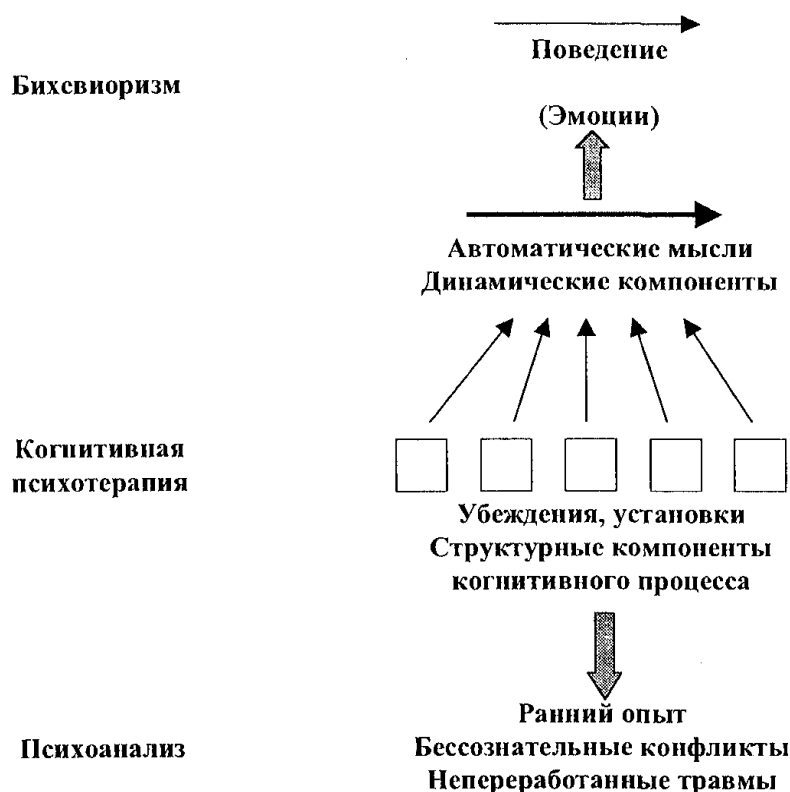
Когнитивная психотерапия Бека

В данной статье по ряду причин мы решили наиболее подробно остановиться на когнитивной терапии (КТ) Бека.

Во-первых, на наш взгляд, именно когнитивная психотерапия интегрирует наиболее важные достижения других когнитивно-бихевиоральных подходов. Более того, двухуровневая схема когнитивных процессов, предложенная Беком, позволяет интегрировать когнитивные принципы с психодинамическим подходом. В этой схеме Бек выделяет фактически динамические (подвижные, меняющиеся) и структурные (более устойчивые и постоянные) компоненты когнитивного процесса. Динамические компоненты — это поток мыслей или, выражаясь языком бихевиоризма, внутреннее поведение. Структурные компоненты — это устойчивые когнитивные образования, представляющие собой верования, убеждения и установки. Эти компоненты и определяют характер и содержание динамических компонентов или потока мыслей о себе и о мире. Мысли же, в свою очередь, определяют эмоциональное состояние и поведение человека. Таким образом, чтобы изменить поведение и неадекватные эмоциональные состояния, надо модифицировать мышление. Трудность заключается в том, что многие мысли носят полубессознательный характер и не поддаются непосредственному обнаружению и контролю (Бек называет их автоматическими мыслями). Также неосознаваемыми могут быть убеждения и верования, сформировавшиеся в прежнем опыте. Поэтому разработанные Беком техники направлены прежде всего на выявление, осознание и модификацию так называемых дисфункциональных мыслей и убеждений, ведущих к болезненным состояниям и неадекватным реакциям. Данные основополагающие идеи когнитивной психотерапии явно вступают в противоречие с од-

ним из основных тезисов бихевиоризма о внешней детерминации поведения. Наконец, исследование источников формирования структурных компонентов с неизбежностью приводит к понятию раннего опыта, в котором они сформировались, что означает непосредственную смычку с психодинамическим подходом, где понятие раннего опыта является одним из центральных. Интегрирующая функция двухуровневой модели когнитивных процессов, предложенной Бекем, иллюстрируется нижеследующей схемой.

Когнитивная психотерапия — мост между бихевиоризмом и психоанализом



На наш взгляд, интегративный характер когнитивной психотерапии является ее важнейшим преимуществом, позволяющим нанизывать на стержневую идею модификации дисфункциональных мыслей и убеждений самые разные техники и подходы. Другим достоинством двухуровневой схемы является то, что она задает четкую стратегию психотерапевтической работы — от более поверхностных ситуативно разворачивающихся мыслей (динамического компонента когнитивного процесса) к глубинным, устойчивым структурным образованиям.

Еще одним не менее важным преимуществом когнитивной психотерапии по сравнению с другими когнитивно-бихевиоральными подходами является наличие детализированной теории психической патологии: практически для всех основных психических расстройств разработаны психологические модели и выделены основные мишени психотерапевтического воздействия, а также описаны наиболее адекватные этим мишеням техники и приемы.

Несомненным преимуществом когнитивной психотерапии по сравнению с психодинамическими подходами является краткосрочность и экономичность. При этом многочисленными контролируруемыми исследованиями доказана высокая эффективность когнитивной психотерапии для самых различных расстройств.

В России когнитивная психотерапия пока не получила широкого распространения, что отчасти связано с отсутствием потока когнитивно-ориентированных «тренеров-миссионеров» с Запада. В свое время распространение в России психоанализа, психодрамы, гештальт-терапии, нейролингвистического программирования стало возможным благодаря серии обучающих программ, привезенных сюда западными специалистами. Компенсация пробела, возникшего в отношении когнитивной психотерапии, представляется очень важной, так как этот подход доказал свою высокую эффективность при лечении различных расстройств и его отличает тесная связь с современной научной психологией. Когнитивная психотерапия с ее структурированностью может во многом способствовать компенсации хаотичности, нередко свойственной российскому клиенту. В то же время центральным звеном в процессе когнитивной психотерапии является рефлексия, приводящая к осознанию базовых, исходных представлений о себе и о мире, что созвучно экзистенциально ориентированной российской ментальности. Особенно высокая эффективность данного подхода в терапии эмоциональных расстройств, заболеваемость которыми, по данным эпидемиологов, значительно возросла (что косвенно подтверждается расширением соответствующих кластеров в современных классификациях ICD-10, DSM-IVr), делает, на наш взгляд, целесообразным популяризацию КТ в России.

Краткая история и основные методологические принципы КТ

К созданию новой психотерапевтической системы и отходу от психоанализа А. Бека привело разочарование в традиционных видах психологической помощи депрессивным больным: «В разные периоды работы я применял к больным депрессией большинство подходов, описанных в современной литературе. Казалось, что отдельные методы иногда помогают, иногда дают обратный эффект. Я открыто выражал тепло и симпатию, вызывал проявление гнева, поощрял пациентов интенсивно выражать чувства вины и печали, интерпретировал их “потребность в страдании”, пытался повысить их самопринятие. Однако беседа о том, насколько беспомощен и жалок пациент, и побуждение его к открытому проявлению гнева зачастую лишь усугубляли депрессивное состояние, а повысившееся в результате терапии принятие уничижительного образа “я” и пессимизм просто усиливали печаль, пассивность и самообвинения» (Beck, 1976, p. 263). Эти неудачи послужили для А. Бека импульсом к многолетним творческим поискам в изучении и лечении эмоциональных расстройств, к созданию оригинальной когнитивной модели этой патологии и специальных высокоэффективных техник психотерапии.

Таким образом, изначально КТ представляла собой краткосрочный подход к лечению депрессий, в котором были скомбинированы когнитивные и бихевиоральные техники (Beck, 1967). Именно этим, по мнению Перриса (Ferris, 1988), объясняются бытующие сейчас заблуждения относительно данного подхода как о краткосрочном варианте психотерапии, предназначенном исключительно для эмоциональных расстройств. В настоящее время область применения КТ значительно расширилась: когнитивные психотерапевты эффективно работают с целым спектром психопатологических расстройств и психологических проблем: с депрессиями различной нозологии (Beck et al., 1979), тревожными расстройствами (фобиями, паническими расстройствами, генерализованной тревогой) (Beck, Emery, 1985), расстройствами питания (McPherson, 1988), ипохондрией (Warwick, 1991), личностными расстройствами (Beck, Freeman, 1990), шизофренией (Ferris, 1988), ПТСД (Beck, 1993), семейными дисфункциями (Epstein, Baucom, 1988), психологическими проблемами спортсменов и т. д. КТ применяется в различных условиях (амбулаторных и клинических) и формах (индивидуальной, групповой, супружеской, семейной). КТ используется как в краткосрочном варианте (например, 15–20 сеансов при лечении тревожных расстройств), так и в долгосрочном (1—2 года в случае личностных расстройств).

КТ изучается практически во всех центрах по обучению когнитивно-бихевиоральной терапии как один из важнейших современных подходов к лечению различных рас-

стройств. Существуют также центры, в которых обучают исключительно когнитивной психотерапии А. Бека. Пройти обучение в таких центрах могут специалисты, уже получившие базовую подготовку в каком-либо из направлений психотерапии. Наиболее известным обучающим центром является Институт когнитивной терапии и исследований Бека в Филадельфии. Президентом центра является профессор А. Бек, директором Института — его дочь Дж. Бек, автор одного из наиболее популярных практических руководств по психотерапии. В 1999 году создана Академия когнитивной психотерапии, членами которой являются наиболее авторитетные специалисты в этой области.

Основоположники КТ признавали сложную биопсихосоциальную детерминацию психических расстройств (Ferris, 1988). Однако в системе психологических факторов когнитивная модель психических расстройств отводит центральную роль процессам переработки информации: то, как люди думают, определяет, что они чувствуют и как они действуют. С этой точки зрения, патологические эмоциональные состояния и дисфункциональное поведение являются результатом «неадаптивных» когнитивных процессов.

По мнению методологов КТ (Ferris, 1988), к философским основаниям КТ следует отнести следующие учения: а) учение философов Поздней Стои (Цицерона, Сенеки, Эпиктета) о роли субъективного мнения и суждений разума в возникновении душевного дискомфорта и тоски: «Все зависит от субъективного мнения... Мы страдаем благодаря нашим мнениям...» (Из письма Сенеки Луцилию. Цит. по: Ferris, 1988); б) дедуктивную технику ведения диалога, развитую Сократом; в) учение Фрэнсиса Бэкона об ограниченности человеческого разума и свойственных ему искажениях; г) рационалистское учение Спинозы об эмоциях как производных мышления и возможности изменить чувство, видоизменив сопряженное с ним убеждение.

В психологических основаниях КТ следует выделить теории переработки информации человеком, подчеркнув особое место когнитивных теорий эмоций, которые показали роль когнитивных переменных в возникновении эмоций разного знака и модальностей (Schachter, 1964; Lazarus, 1968).

Однако не следует полагать, что когнитивный подход развивает культ «рационализма» и относит к адаптированным только тех людей, которые мыслят рационально, логично и разделяют общепринятые взгляды. Иррациональные мысли и фантазии с идеосинкретическим, то есть сугубо личностным, элементом, не совпадающие с мнением окружающих, встречаются у большинства людей. Термин «неадаптивные» применим только к тем идеаторным процессам, «которые несовместимы со способностью справляться с жизнью, нарушают внутреннюю гармонию и продуцируют неадекватную, чрезмерно интенсивную и болезненную эмоциональную реакцию» (Kovack, Beck, 1976, p. 381). Более того, в современных вариантах КТ оспаривается центральная роль когнитивных процессов при вторичности эмоциональных и выдвигается тезис об их симультанности (Mahoney, 1993). Для практики принципиально важным остается следующее положение: порочный круг негативных эмоций, неадаптивных мыслительных процессов и дисфункционального поведения может быть разомкнут в когнитивном звене. Таким образом, изменение восприятия и мышления влечет за собой модификацию болезненных переживаний и поведенческих реакций.

Практика КТ требует от психотерапевта знаний о феноменологии когнитивных процессов при различных психических расстройствах. К наиболее разработанным следует отнести когнитивные модели депрессий и тревожных расстройств (фобий, панических расстройств и генерализированной тревоги). В ходе дальнейшего изложения мы будем в основном опираться именно на эти модели.

Основные теоретические положения КТ

В процессе когнитивной терапии специалисты работают на двух уровнях когнитивного процесса: а) с так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являющимися реакцией на происходящее в настоящий момент; б) убеждениями, установками и правилами, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт.

Рассмотрим динамический компонент когнитивного процесса — ситуативно отнесенные мысли и образы, получившие название «автоматических» (Beck, 1967). Данное название отражает основную характеристику этих способов переработки информации — их рефлекторность, непроизвольность, быстротечность и бессознательность. При этом способе человек не выбирает информацию для размышлений, а сосредоточивается на ней невольно. Эти мысли резко отличаются от осознанных, при которых сохраняется известный контроль над предметом и логикой размышлений. Тем не менее субъективно они переживаются как вполне правдоподобные, и их валидность внутренне не оспаривается. Эта особенность делает, по мнению Бека (Beck, 1976), данные мысли «похожими на слова, произносимые родителями очень доверчивым детям». У большинства людей ежедневно отмечаются комбинации контролируемых и автоматических процессов. В случае эмоциональных расстройств доминируют автоматические процессы со специфичным содержанием (Ingram, Hollon, 1984; Seligman, 1975; Beck, Emery, 1985). Так, больной реактивной депрессией после смерти жены может быть одолеваем мыслями типа: «Я не могу жить без нее» или «Я больше никогда и ни в чем не найду радости». Студента с экзаменационной тревогой в ситуации подготовки к тесту одолевает мысль: «Если я провалюсь, мне придет конец»; пациента с социальной фобией в ситуациях межличностных контактов — мысли о возможном отвержении со стороны других людей. Автоматические мысли такого рода непосредственно ведут к эмоциональным и поведенческим реакциям. Степень неадаптивности этих реакций пропорциональна степени мыслительных искажений или преувеличений. Так, в уже приводившемся примере с экзаменационным стрессом в результате наплывов автоматических мыслей студент может испытать мощный приступ тревоги, беспомощности и отчаяния, отказаться от прохождения экзамена и принять решение уйти из института.

Неадаптивность автоматических мыслей, присущие им искажения или преувеличения в оценках внешней ситуации объясняются дисфункциональностью лежащих в их основе убеждений и установок разного уровня и глубины. В КТ выделяются промежуточные и базисные установки или послышки (Beck, 1993). Кроме того, выделяются компенсаторные установки, служащие щитом от содержащейся в негативных убеждениях и верованиях угрозы. Например, в ситуациях необходимости выполнения какой-либо работы у больного постоянно актуализируется промежуточная установка: «Если я не справлюсь очень хорошо, значит, я несостоятелен». Вместе с ней актуализируется компенсаторная установка: «Если я не буду стараться, то неудача не будет связана с моей несостоятельностью». В результате на уровне поведения возникает избегание, откладывание работы, выполнение ее в последний момент. Все это сопровождается чувствами тревоги и тоски. В основе этого сценария лежат более глубокие базисные установки (представления о себе и других людях): «Я несостоятелен», «Другие люди критичны и враждебны». Итак, базисные послышки — «это система глубинных установок человека по отношению к самому себе, миру и людям, задающая основу для переработки текущей информации и стратегии решения проблем» (Robins, Hayes, 1993, p. 205). Базисные послышки представляют собой жизненную философию человека, в которой фиксирован весь его жизненный опыт; особую роль здесь играют детские впечатления и воздействия семьи (Liotti, 1988). Лица с психическими расстройствами имеют определенные дисфункциональные схемы, которые заставляют их искаженно воспринимать и оценивать текущие ситуации и, соответственно, испытывать от-

рицательные эмоции и неадаптивно действовать. Например, одна из юных пациенток доктора М. Ковак (Kovack, Beck, 1976) не дождалась вечернего звонка от своего приятеля. Ожидание вызвало тоскливое состояние, в котором больной удалось уловить автоматические мысли: «Он не позвонил сегодня вечером... он вообще не хочет меня видеть». Это умозаключение было явно ошибочным, так как не основывалось на фактах. Оно также было неадаптивным, так как вело к усилению дисфории, суицидальным мыслям и сниженной активности в течение вечера. Такая интерпретация случившегося была естественным следствием убеждения пациентки: «Если я не важна для другого, мне не следует продолжать жить», «Быть важной для другого» означало для пациентки быть предметом постоянного внимания людей; предполагалось, что они должны ее постоянно навещать, заботиться о ней и с готовностью выполнять все обещания. Можно предположить, что базисная посылка у этой пациентки связана с чувством собственной малоценности: «Я ничего не значу». Постоянный поиск внимания в таком случае — это ее компенсаторная стратегия поведения, основанная на компенсаторном убеждении: «Если люди проявляют внимание ко мне и ценят меня, значит, я все же представляю собой какую-то ценность».

Движение на начальных этапах психотерапии происходит от автоматических мыслей к выявлению убеждений. Например, в уже упомянутом примере необходимости какой-либо работы у больного выявляются мысли типа: «Вряд ли у меня получится освоить это на высоком уровне. Увидят, что я так себе, середнячок, опозорюсь». В результате он делает работу в последний момент и думает при этом: «Если бы посидел, мог бы сделать лучше, я просто не старался». Систематическое выявление такого рода мыслей в различных конкретных ситуациях, сопряженных с выполнением какой-либо деятельности, приводит к выявлению ранее упомянутых промежуточных установок: «Если не справился блестяще, значит не справился вообще», «Если не старался, то причина неудачи не в моей несостоятельности». По мере работы с различными типами ситуаций набирается материал для выявления базисного убеждения. Таким образом, идет постоянный процесс когнитивной концептуализации, то есть представления проблем клиента в виде диаграмм, включающих три блока: 1) проблемные ситуации, чувства, способы поведения и автоматические мысли, связанные с ними; 2) промежуточные и базисные установки, стоящие за автоматическими мыслями; 3) ранний детский опыт, в котором эти установки сформировались. На основе когнитивной концептуализации происходит работа по изменению неадекватных мыслей и убеждений. Задача по изменению этих элементов очень непроста, так как установки и верования отличаются большой стабильностью. Диктуя человеку определенные способы поведения, они вновь и вновь подкрепляются его результатами. Например, базисное убеждение типа «Меня никто не любит» делает человека чрезмерно чувствительным к проявлениям любви или отвержения со стороны других, зачастую компенсаторно заставляет «вымогать» знаки признания. Это может вызывать раздражение у людей и желание отдалиться, что подтверждает исходную схему.

У здорового человека когнитивные схемы, лежащие в основе восприятия реальности, отличаются гибкостью и способностью изменяться в соответствии с новым опытом. То есть, выражаясь языком одного из отцов когнитивной психологии Ж. Пиаже, существует баланс процессов ассимиляции (подчинения реальности схемам восприятия) и аккомодации (приспособления схем восприятия к изменчивой реальности). При различных психических расстройствах сложившиеся в травматическом детском опыте когнитивные схемы отличаются большой ригидностью. Новый опыт игнорируется, и процессы ассимиляции резко преобладают над процессами аккомодации. Такая ригидность и устойчивость схем обеспечивается благодаря целому ряду искажений восприятия реальности, которые Бек назвал алогизмами.

Бек составил типологию алогизмов при депрессиях (Beck, 1976). Однако, как показали дальнейшие исследования, эти виды мыслительных ошибок отмечаются и при других расстройствах: тревожных (Jarret, Rush, 1988; Cottraux, Mollard, 1988), питания (McPherson

1988), личностных (Beck, Freeman, 1990). Перечислим основные виды алогизмов, содержащихся в автоматических мыслях:

1. Произвольное умозаключение — это извлечение выводов при отсутствии подтверждающих данных или в явном противоречии с фактами. Например, мысли об опасном заболевании у ипохондрика, только что прошедшего очередное обследование, не выявившее никакой патологии. Или мысли молодой девушки, не дождавшейся обычного звонка от приятеля: «Он не позвонил сегодня вечером... Значит, вообще не хочет меня видеть».

2. Селективное абстрагирование — акцентирование одних элементов ситуации, которые наиболее созвучны взгляду пациента на мир, при игнорировании других ее аспектов. Так, в своих воспоминаниях о прошлом и размышлениях о настоящем депрессивные больные упорно отбирают информацию с негативной эмоциональной окраской и игнорируют положительную (Lloyd, Lishman, 1975; Kovack, Beck, 1976). Больные агорафобией систематически выделяют информацию о несчастных случаях, происшедших в общественных местах, а больные, страдающие социофобией, отбирают факты, свидетельствующие о якобы «пренебрежительном отношении окружающих» (Beck, Emery, 1985). Например, пациентка интерпретирует не сказанное ее начальником «здравствуйте» как злоеший признак его нерасположения к ней, игнорируя при этом весь предшествующий опыт положительных взаимоотношений, факт его занятости и озабоченности конфликтом с вышестоящим начальством. Как отмечает Ковак (Kovack, Beck, 1976), результатом этого «излюбленного» депрессивными больными способа переработки информации является свехобобщение; например, опыт единичной неудачи в отношениях трансформируется в ощущение своей тотальной неспособности вызывать симпатию.

3. Поляризованное (или «черно-белое») мышление — рассуждения, построенные на крайностях, на полюсах, без градуальности. Как показал контент-анализ речи депрессивных больных, их высказывания изобилуют клише типа «всегда — никогда», «прекрасный — ужасный», «все — ничего» (там же). Больные расстройствами питания в суждениях о внешности придерживаются жестких дихотомических оценок типа «стройный — безобразно толстый» (McPherson, 1988). Больные тревожными расстройствами ипохондрического содержания придерживаются недифференцированных представлений о здоровье типа «на 100% здоров — смертельно болен».

4. Персонификация — склонность относить к себе лично нейтральные события, естественно, при отсутствии или недостатке подтверждающих фактов. Так, абсолютно безобидные, нейтральные высказывания других людей депрессивные пациенты с уязвимой самооценкой или пациенты с социальной фобией могут отнести на свой счет, усмотрев в них критику и пренебрежение.

5. Максимизация/минимизация или преувеличение/преуменьшение важности событий. Например, депрессивные больные обесценивают (сводят к минимуму) собственный положительный опыт и резко преувеличивают опыт неудач. Эта особенность ярко проявляется также в депрессивном атрибутивном стиле: в суждениях о причинах собственного успеха больные преувеличивают роль внешних факторов (везения, помощи других людей и т. д.), при этом резко недооценивая собственный вклад. Причины неуспеха приписываются преимущественно собственным качествам (например, недостатку способностей) (Seligman, 1975). Больные агорафобией с паническими атаками резко переоценивают опасность внешней ситуации (например, пребывания в общественном транспорте) и недооценивают как опыт благополучного преодоления этих ситуаций, так и собственные возможности совладать с трудностями (Cottraux, Mollard, 1988).

Когнитивные модели депрессивных и тревожных расстройств

Автоматические мысли и дисфункциональные убеждения характеризуются специфической для каждого расстройства тематикой или предметным содержанием. Вопреки утверждению многих больных о том, что их тяжелые эмоциональные состояния беспричинны (как при синдроме генерализированной тревоги или некоторых вариантах депрессии), специальные процедуры в каждом случае позволяют выявить определенное предметное содержание переживаний.

Бек исследовал типичные сновидения, мысли и фантазии депрессивных больных с целью верифицировать психоаналитическую теорию и обнаружить признаки вытесненной враждебности. Вместо этого он обнаружил две основные содержательные характеристики изучаемой продукции:

- a) фиксацию на теме реальной или мнимой утраты (на смерти близких, разрыве отношений, крушении надежд, неуспехе в достижении значимых целей);
- b) так называемое «негативное отклонение» или «негативную триаду» — негативный взгляд на себя, на будущее и на мир.

Другая содержательная характеристика базисных установок и убеждений депрессивных больных состоит в их жестком, императивном характере с более частым, чем в норме, употреблением таких речевых форм, как «следует» и «должен» (Ellis, 1993). Набор таких базисных убеждений Бек вслед за Хорни назвал «тиранией долженствований», подчеркнув сходство этого понятия с понятием супер-эго. Он привел пример типичных «долженствований» депрессивных больных: «Я должен быть способен быстро и самостоятельно найти решение любой проблемы»; «Я должен быть всегда на пике продуктивности»; «Я должен все знать, понимать и предвидеть»; «Я никогда не должен страдать, я должен всегда быть счастливым и безмятежным».

Упрощенное содержание посылок, директивность, очевидный недостаток дифференцированности свидетельствуют, по мнению Ковак (Kovack, Beck, 1976), об инфантильной природе депрессиогенных базисных посылок. В их развитии и упрочении участвуют следующие онтогенетические факторы:

1. Утрата одного из родителей в детстве. Есть данные о том, что депрессивные больные переживают утраты в детстве чаще, чем испытуемые контрольных групп. Этот опыт может привести к тому, что любые утраты человек будет интерпретировать как необратимые и оставляющие после себя неизлечимые травмы;
2. Наличие родителя, чья система убеждений вращается вокруг темы собственной неполноценности, или родителя, чья система конструкторов состоит из ригидных, жестких правил. Таким образом, дитя может приобщиться к некоторым неадаптивным схемам на основе моделирования и социальной идентификации. Ковак иллюстрирует такую возможность следующим примером: «На сеансах семейной терапии нередко приходится видеть родителя, который порицает себя за существующую в его воображении неполноценность, а потом выражает свою любовь к ребенку, приговаривая: “Он совершенно такой же, как я”» (р. 386);
3. Дефицит социального опыта и социальных навыков, негативный опыт общения со сверстниками или братьями/сестрами могут препятствовать эмпирической проверке и переоценке ранних детских убеждений.
4. Физический дефект (например, детское ожирение) способствует формирова-

нию образа «я» как отличного от других, а связанные с дефектом естественная застенчивость и избегание контактов могут препятствовать проверке и изменению межличностно ориентированных детских схем.

Согласно когнитивной модели, остальные (эмоциональные, мотивационные и поведенческие) компоненты депрессивного синдрома — тоскливый аффект, пассивность, снижение мотивации, самообвинения и самодеструктивное (вплоть до суицидального) поведение — являются продуктом когнитивных процессов с вышеописанным содержанием.

Содержание когнитивных процессов у больных тревожными расстройствами связано с темой предвосхищаемой опасности, собственной крайней уязвимости и неспособности справиться с угрозой. Данная тема конкретизируется в каждом варианте расстройства. Так, генерализованную тревогу «запускают» схемы со следующим когнитивным содержанием (Beck, Emery, 1985):

- постоянное предвосхищение отрицательных событий в будущем («антиципация» несчастий);
- представление о необходимости соответствовать высоким стандартам качества и количества выполняемой работы и убежденность в собственной некомпетентности в ежедневных делах, которая сохраняется даже в случае очевидной компетентности. Специальные техники часто выявляют у таких больных автоматические мысли типа «Я не справлюсь с этим»;
- опасение потерять тех, кто помогает в выполнении этой массы «необходимых» дел;
- представление о собственной неспособности ладить с окружающими и страхе быть осмеянным или отвергнутым вследствие некомпетентности.

Основное когнитивное содержание агорафобии с паническими расстройствами связано с темой возможной физиологической или психологической катастрофы (смерти или сумасшествия). Предполагаемый сценарий этой катастрофы таков: внезапный приступ острого недомогания (сердечная болезнь, обморок и т. д.) происходит в ситуации, где нет доступа к так называемым «сигналам безопасности» (выходу, госпиталю, доктору, другу, медикаментам), и пациент остается без помощи во враждебном или равнодушном человеческом окружении. По данным Бека и Эмери (Beck, Emery 1985), вероятность панической атаки возрастает при повышенной сенситивности к внутренним ощущениям и склонности к катастрофическим интерпретациям этих ощущений, которые вызывают и усиливают друг друга по механизму «порочного круга».

В ряде исследований предприняты попытки выявить онтогенез схемы «опасности», заставляющей тревожных больных соответствующим образом контролировать социальное окружение и физическую среду. Коттро и Моллард (Cottraux, Mollard, 1988) описывают следующие онтогенетические факторы:

- смерть значимого другого — событие, предшествующее манифестации агорафобии с паническими атаками и значительно редуцирующее чувство безопасности и контролируемости событий;
- опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания сепарационной тревоги в детстве;
- опыт «небезопасной» привязанности в раннем детстве. По данным Торпа и Барнса (Thorpe, Burns, 1983), у 43 % больных агорафобией с паническими расстройствами были тревожные или отвергающие матери, неспособные создать чувство безопасности.

Отметим, что выводы о когнитивной детерминации тревожных расстройств подвергались критике (Zajonc, 1980). С целью доказательства проводились многочисленные эксперименты, общая схема которых предполагала сравнение реакций на специальные биологические пробы (на введение лактазы, вдыхание CO₂ или гипервентиляцию легких) в двух группах испытуемых, получающих инструкции о возможном появлении либо неприятных (обмороке и т. д.), либо приятных ощущений. В группе, предупрежденной о возможных неприятностях, возникшие телесные ощущения интерпретировались как крайне неприятные предвестники обморока или удушья, а в самоотчетах об эмоциональном состоянии фигурировал страх (Van der Molen et al., 1986; Hout, Griezner, 1986), что подтверждает, по мнению экспериментаторов, участие когнитивных факторов в возникновении тревоги.

Основные этапы и техники КТ

В соответствии с двумя уровнями когнитивной модели схема терапевтического процесса также предполагает два этапа работы. Первый (симптоматически ориентированный этап) предполагает работу с автоматическими мыслями (и связанными с ними эмоциональными и поведенческими реакциями), второй нацелен на проработку глубинных источников расстройств — установок и убеждений.

Первый этап начинается с представления модели терапии пациенту. Эта задача предполагает знакомство пациента с основами эпистемологии — сведениями об ограниченности, а зачастую и искаженности знания, поставляемого психическими процессами человека (памятью, восприятием, мышлением), о тесной связи между мыслью, с одной стороны, и чувством и действием — с другой. В случае эмоциональных расстройств терапевт информирует пациента о «порочных кругах» тревоги (неадаптивные когнитивные процессы → тревога → физиологические сдвиги → мысли и т. д.) или депрессии (неадаптивные представления о себе, мире и будущем → тоскливый аффект → пассивность → снижение самооценки и т. д.). Цель этого знакомства заключается в подведении пациента к мысли о том, что его представления о реальности (а именно с ними сопряжены эмоциональный дискомфорт и дисфункциональное поведение) суть не сама реальность, а лишь гипотетическое представление о ней, нуждающееся в проверке, а в ряде случаев и в изменении.

Рабочий альянс терапевта и пациента в КТ имеет свою специфику, которую Бек определял как «эмпирическое сотрудничество» (Beck, 1976). Предполагается, что пациент и терапевт работают вместе над представлением идей пациента в форме гипотез, над проверкой их валидности и поиском альтернативы в тех случаях, когда они эмпирически не подтверждаются. От пациента ожидается, что он обучится умению фокусировать автоматические мысли, соотносимые с разным эмоциональным опытом, распознавать дисфункциональные базисные послышки и конфронтировать с ними. КТ предполагает искренность, теплоту и аутентичность поведения терапевта, а также высокую степень его активности и директивности. Каждый сеанс в КТ разворачивается по плану: выяснение чувств и мыслей пациента после прошлого занятия, обзор домашних заданий, совместная выработка темы настоящего сеанса, предписание домашних заданий, краткое резюме проделанной сегодня работы. Однако когнитивный терапевт не всегда следует данному образцу и, принимая во внимание происходящее на сеансе, готов отойти от плана и работать по принципу «здесь и теперь».

Основная задача, реализующаяся в ходе первого этапа КТ, — это обучение пациента навыкам осознания автоматических мыслей, их систематической регистрации, оценки и конфронтации с ними. Таким образом, в работе с автоматическими мыслями можно выделить три основных шага: 1) выявление; 2) оценка; 3) изменение автоматических мыслей на

более адаптивные. Основные приемы и техники, релевантные первому этапу, представлены в следующей таблице.

Таблица 1. Основные шаги в работе с автоматическими мыслями.

Шаги и соответствующие ключевые вопросы	Техники и приемы
<p>Выявление и фиксация Ключевой вопрос: Что промелькнуло в Вашей голове в этот момент? Дополнительные вопросы: Как Вам кажется, о чем Вы думали? Возможно ли, что Вы думали то-то и то-то или вот это (в соответствии с догадкой терапевта)? Возможно ли, что Вы думали то-то и то-то (вопреки догадке терапевта)? Что эта ситуация означает для Вас?</p>	<p>Техники «заполнение пробела»:</p> <p>a) уровень воображения – когнитивная репетиция;</p> <p>b) <i>in vitro</i> (разыгрывание, гештальт с пустым стулом, дублирование);</p> <p>c) <i>in vivo</i> (самонаблюдение <i>in vivo</i> с фокусировкой на мыслях и регистрация в дневнике).</p>
<p>Оценка автоматических мыслей Ключевые вопросы: Каковы доказательства? Приведите аргументы «за» и «против». Существует ли альтернативный взгляд на происходящее? Что бы я сказал другу, если бы он был в подобной ситуации (или: что бы мог вам сказать ваш друг)?</p>	<p>Техники проверки мыслей как гипотез:</p> <p>a) эмпирическая – проведение различных экспериментов <i>in vivo</i> и <i>in vitro</i> с последующим записыванием выводов. Совместный анализ и регистрация прошлого и настоящего опыта, противоречащего этим мыслям;</p> <p>b) логическая – оценка «за» и «против» путем подбора фактов, подтверждающих или опровергающих суждения, поиск альтернативных интерпретаций, выявление искажений логики, их маркировка в дневнике и разговоре (введение континуума вместо крайностей при поляризации, реатрибуция неадекватной персонализации, оценка вероятностей и парадоксальное переключение при катастрофизации и т.д.), сократический диалог.</p>
<p>Изменение через конфронтацию Ключевой вопрос: Каковы последствия моей убежденности в правильности этих мыслей? Что произойдет, если я изменю свое видение?</p>	<p>Техники логической и эмпирической конфронтации:</p> <p>a) эмпирическая: регулярное действие вопреки автоматическим мыслям с последующей переоценкой мыслей – десенсилизация, использование совладающих карточек;</p> <p>b) логическая: анализ последствий, «up dog», внутренний совладающий диалог, отработка навыка формулирования противоположного взгляда, сократический диалог.</p>

Основная процедура, помогающая пациенту выявить автоматические мысли, заключается в установлении последовательности внешних событий и субъективных реакций на них. Клиенту дается примерно следующая инструкция; «Обычно между конкретной внешней ситуацией и эмоциональной реакцией на нее (например, «беспричинным» расстройством) существует промежуток, так называемый «пробел», во время которого обязательно имеют место некоторые мысли, называемые «автоматическими». Они произвольны, бессвязны, мелькают в голове с очень высокой скоростью. Однако они потенциально осознаваемы, и для понимания ваших реакций очень важно научиться их улавливать».

Например, пациент уловил связь между встречей с прежним другом и переживанием печали, при этом он сумел медленно воспроизвести в уме событие и затем успешно воспроизвести мысли, имевшие место в промежутке: «Если я его поприветствую, он может не вспомнить и отбросить меня. Ведь между нами давно нет ничего общего, он достиг так многого. Теперь не прежние времена!» Другой пациент рассказал о том, что ощутил острую,

на первый взгляд необъяснимую тревогу после сообщения о гибели друга в автомобильной катастрофе. Он смог заполнить «пробел», когда припомнил, что вообразил себя жертвой происшествия. В тех случаях, когда пациент не может самостоятельно отразить автоматические мысли в проблемных ситуациях, используются следующие основные процедуры, обозначенные в таблице 1 как процедуры выявления автоматических мыслей:

1. Когнитивная репетиция (вариант техники воображения), которая предполагает пошаговое воспроизведение эмоциогенной ситуации в воображении с одновременным самонаблюдением за мелькающими в голове мыслями. При этом проговариваются вслух как события, так и сопутствующие им автоматические мысли. Основная задача когнитивной репетиции — стимулировать клиента к «размышлениям вслух». Полученная продукция регистрируется в специальном дневнике.
2. Среди техник, направленных на выявление автоматических мыслей *in vitro*, наиболее популярна техника ролевого проигрывания. С целью выявления неадаптивных автоматических мыслей, возникающих в межличностных ситуациях, наряду с вышеописанными можно использовать психодраматический прием «обмена ролями». Психотерапевт играет роли различных людей из окружения клиента с характерными для них репликами, задача клиента — наблюдать за возникающими во время взаимодействия мыслями, желательно проговаривая их вслух. Результатом вышеописанной работы становится возросшая способность клиента маркировать проблемные ситуации, различать и давать наименование различным физическим ощущениям, чувствам и мыслям. Результатом этой работы является также «коллекция» различных автоматических мыслей, сопряженных с тяжелыми душевными состояниями или дисфункциональным поведением. На этом этапе работы следует подвести клиента к пониманию возможной ошибочности этих мыслей и, следовательно, к необходимости рассматривать их как гипотезы, нуждающиеся в проверке, а не как факты объективной реальности.
3. Погружение *in vivo* сопровождается регистрацией в дневнике. После информирования о свойствах автоматических мыслей и знакомства с принципом «заполнения пробела» клиенту дается домашнее задание на самонаблюдение в эмоциогенных ситуациях. Например, пациента с агорафобией просят наблюдать за мыслями, приходящими в голову в толпе, транспорте и т. д. Возможно также совместное с психотерапевтом выполнение этого задания; при этом пациента просят проговаривать все впечатления вслух. Клиенту, постоянно откладывающему выполнение важных дел, дается инструкция на самонаблюдение при очередных попытках приступить к какому-либо делу. Больному булимией дается задание на регистрацию мыслей, предшествующих и сопутствующих приступу обжорства. Результаты самонаблюдения заносят в специальный дневник, ведущийся в форме трех колонок: «внешняя ситуация», «чувство», «автоматические мысли». Для пациентов с паническими расстройствами эффективно ввести еще одну колонку «физические ощущения». В результате такого систематического самоисследования клиент начинает отчетливо осознавать взаимосвязи между проблемными ситуациями, определенными мыслями, чувствами и физическими ощущениями, возникающими на фоне этих мыслей. Дневниковые материалы становятся предметом обсуждения на терапевтических сеансах.

Второй шаг в работе с автоматическими мыслями заключается в их оценке как гипотез.

1. Эмпирическая проверка гипотез. Эта процедура требует организации специальных экспериментов по оценке валидности автоматических мыслей. С этой целью используются не когнитивные, а, как правило, различные бихевиоральные техники, основное назначение которых здесь заключается не только в модификации неадаптивного поведения, но и в коррекции неадаптивных когнитивных продуктов. Приведем примеры.

Репликация симптома в лабораторных условиях используется в терапии панических расстройств. С помощью различных приемов, таких, как гипервентиляции легких по Кларку (Clark, Salkovskis 1985), воздействия кофеина или быстрого подъема по лестнице, воспроизводятся некоторые физиологические компоненты панического приступа — потоотделение, учащенное сердцебиение и т. д. Вслед за этим выясняются субъективные интерпретации этих физических ощущений и возникшие эмоциональные реакции. Если пациенты правильно интерпретируют возникшие ощущения, например, как результат подъема по лестнице, то задача психотерапевта обратить их внимание на связь между интерпретацией и эмоциональным состоянием («Вы приписываете сейчас свое сердцебиение пробегу по лестнице, а не сердечному приступу, и вы абсолютно спокойны»). Пациенту также предлагается поискать, опираясь на лабораторный опыт, альтернативное объяснение сердцебиению в обыденной жизни, опровергающее убеждение «Сердцебиение — несомненный признак сердечного приступа».

Техники «редукции тревоги» используются не только с целью облегчить поведение в проблемных ситуациях, но и с целью коррекции утверждений типа «Я очень слаб, уязвим и беспомощен; когда моя тревога нарастает, я не в силах справиться с ней». Во время терапевтических сеансов пациента обучают навыкам релаксации, техникам контролируемого дыхания по Кларку (Clark, Salkovskis 1985) в случае панических расстройств, планируемому отвлечению. Затем эти навыки переносятся за рамки сеанса и используются во время эпизодов интенсивной тревоги. Опыт преодоления сильной тревоги используется для проверки предсказаний пациента относительно собственной беспомощности и неспособности совладать с нарастающим переживанием. Эта процедура способствует смещению локуса контроля в эмоциогенных ситуациях к большей интернальности.

Техники «активирующей терапии» (совместное с пациентом составление расписания занятий, расписание «ранжированных» по сложности заданий, терапия «мастерством и удовольствием») помогают не только преодолеть пассивность, но и оспорить обоснованность мнения клиента о собственной непродуктивности, тем самым сделав его самооценку и эмоциональное состояние более позитивными.

Техники «размораживания аффекта» используются в терапии депрессивных состояний и самообвинений. Стимулирование внешнего выражения гнева, визуализация приятных сцен, припоминание приятных событий прошлого (при упорном отборе только негативного материала рекомендуют привлекать родственников), стимуляция жалости и сочувствия к себе, вызывание терапевтом смеха и иронии не только смягчают тоскливый аффект (или меняют его на более стеническую эмоцию гнева), но и оживляют альтернативный жизненный опыт больного. Это позволяет оспорить сопряженные с депрессивным аффектом негативные мысли типа «Я больше не способен радоваться», «Я сам виноват во всем плохом, что происходит со мной», «Жизнь наполнена лишь утратами и страданием».

2. Логическая проверка гипотез также нацелена на вскрытие иррациональных способов мышления. Основной прием, использующийся в ходе такой проверки, — это сократический дедуктивный диалог терапевта с клиентом. В ходе такого диалога терапевт помогает клиенту представлять свои убеждения в форме гипотез и проверять их с помощью многократных наводящих вопросов, которые позволяют ему прийти к самостоятельным выводам. В качестве примера сократического диалога приведем диалог Бека с одним из его пациентов, упорствующим в избегании активности.

Пациент (П) (в ответ на предложенное терапевтом задание): Бессмысленно и пытаться.

Терапевт (Т): Вы уже поняли, что пассивностью ничего не добьешься. Вы были бездеятельны в течение долгого времени и теперь знаете, что не стали чувствовать себя лучше. Что же вы теряете, если попытаетесь вести себя иначе?

П: Если я попытаюсь, я буду чувствовать себя еще хуже.

Т (возможные интервенции):

а) Чувствовали ли вы улучшение в результате лежания?

б) Помогла ли вам пассивность (бездеятельность) чувствовать себя лучше к настоящему моменту?

в) Если пассивность вам до сих пор не помогла, есть основания полагать, что она сейчас вам поможет?

г) Пытаясь вести себя иначе, вы получите шанс на улучшение. Не исключено, конечно, что вы можете почувствовать себя хуже, но одно несомненно: если вы будете продолжать лежать, как вы это делали до сих пор, надежда на улучшение очень мала.

д) Избегая деятельности, вы только критикуете себя и наделяете себя такими именами, как ленивый, беспомощный, никуда не годный. Вы уже поняли, что ничегонеделание усугубляет ваше критическое отношение к себе. Вы становитесь жертвой болезненных мыслей и переживаний.

П: Я не могу этого сделать.

Т (возможные варианты):

а) А как вы можете быть в этом абсолютно уверены, пока вы не попытались?

б) Если вы будете делать это хотя бы короткое время, то сможете с этим справиться.

П: Я слишком устал (или болен), чтобы попытаться.

Т: Начав, вы можете убедиться в том, что продолжать легче, чем это вам кажется. Вы можете убедиться в том, что вы не так уж и устали, чтобы продолжать. Для того чтобы сдвинуть поезд с места, требуются тонны угля, а чтобы он продолжал двигаться, требуется совсем немного.

После успешного выполнения задания необходимо указать пациенту на то, что результат противоречит его самоуничижительным предсказаниям.

Еще одна задача логической проверки — обучить клиента выявлению, маркировке и исправлению «логических ошибок в суждениях (сверхобобщений, персонализации, поляризованного мышления и др.). Эти навыки наряду с навыками осознания автоматических мыслей, эмпирической проверки убеждений служат ценным средством реструктурирования дисфункционального мышления. Приведем примеры техник, используемых в ходе коррекции алогизмов.

«Шкалирование» — процедура, в ходе которой смягчение крайностей «поляризации» в суждениях больного достигается с помощью введения градуальности.

Реатрибуция — пересмотр ответственности за действия и результаты, который приводит клиента к более сбалансированному представлению о вкладе различных внешних и внутренних факторов в случившееся.

Намеренное преувеличение — доведение идеи до крайности (даже до абсурда) стимулирует переоценку дисфункционального умозаключения.

Оценка объяснений, даваемых поведению других людей; оценка положительных и отрицательных последствий сохранения или изменения убеждений.

Наконец, еще один вариант логической проверки гипотез, часто используемый при склонности к «катастрофизации», заключается в подсчете вероятности самого худшего варианта событий и вероятности того, что это не произойдет.

В целом процедуры «заполнения пробела», эмпирической и логической проверки гипотез, домашние задания и работа на сеансах позволяют терапевту и клиенту собрать необходимый материал для очередного терапевтического шага — развития «альтернативной логики».

Третий, последний шаг в работе с автоматическими мыслями — это конфронтация с ними с целью их изменения. Предшествующая работа сделала отчетливой ту неадаптивную «логику» восприятия и мышления клиента, которой он обязан мучительными душевными состояниями и дисфункциональным поведением. Теперь важно поощрять клиента оспаривать аргументы этой «логики» и вырабатывать альтернативные, более конструктивные способы мыслить. С этой целью часто используются техники «колонок» (Beck, 1976) и приемы внутреннего совладающего монолога (Meichenbaum, 1977; Joyce-Moniz, 1988).

Процедура заполнения «колонок» может выполняться пациентом как совместно с терапевтом, так и самостоятельно. Эта процедура предполагает заполнение специально разграфленного на несколько колонок листа. В первой колонке регистрируется проблемная ситуация, во второй отмечается возникшее в ситуации чувство (тревога, тоска, раздражение и т. д.), в третьей колонке записываются автоматические мысли, возникшие в ситуации, в четвертой — все соображения «за», то есть подтверждающие автоматические мысли (например, если автоматические мысли возникли в ситуации общения и связаны с возможным отвержением и непринятием со стороны других людей, то в этой графе записываются все аргументы в пользу именно такого отношения: «Я часто теряюсь в присутствии других людей», «Проявления слабости вызывают у других людей смех и непринятие» и т. д.). Когда отчетливо вербализируются все дисфункциональные мысли и их основания, клиент и терапевт переходят к заполнению последней, пятой колонки, куда заносят все соображения «против», то есть опровергающие как автоматические мысли, так и соображения «за». Эти аргументы «альтернативной логики» следует записывать в емкой, лаконичной форме. Задача клиента — воспроизводить эти аргументы в проблемных ситуациях. С этой целью клиента обучают навыкам внутреннего монолога.

Результатом первого этапа работы является возросшее самопонимание клиента — осознание тех автоматических мыслей, которые «запускают» тяжелые эмоциональные состояния и неэффективное поведение, а также способность совладать с ними. К концу данного этапа психопатологическая симптоматика, как правило, редуцируется, что служит основой для перехода к следующему, второму этапу — к проработке базисных посылок (или схем).

Второй этап терапии — это этап работы с убеждениями. Отметим, что разработка терапевтических стратегий по модификации глубинных когнитивных структур — это относительно недавнее достижение КТ конца 80-х — начала 90-х годов. В литературе 60—70-х годов задача по видоизменению глубинных источников расстройств практически не ставилась, и соответствующие процедуры не освещались. Разработка этих процедур связана с усилением интереса когнитивных терапевтов к личностным расстройствам (Beck, Freeman, 1990).

Последовательность работы с убеждениями представлена в таблице 2.

Таблица 2. Шаги в работе с убеждениями

Шаги в работе с убеждениями		Техники и приемы
Ключевые вопросы		
1	<p>Выявление и фиксация</p> <p>Ключевой вопрос: Что эта ситуация значит для Вас?</p>	<p>Техники выявления убеждений:</p> <ul style="list-style-type: none"> • совместное с клиентом заполнение диаграмм на основе анализа дневниковых записей и маркировки общих тем; • техника «пущенной вниз стрелы» - выявление общего смысла автоматических мыслей и поведения; • обучение последующей маркировке реакций в соответствии с этим убеждением, составление списка собственных дисфункциональных убеждений, оживление детских воспоминаний.
2	<p>Оценка убеждений</p> <p>Ключевые вопросы:</p> <p>Каковы доказательства (аргументы «за» и «против»? Существует ли альтернативный взгляд? Есть ли у Вас друзья, живущие вопреки этому убеждению, и что Вы можете сказать? (Примеры из жизни других людей).</p>	<p>Техники проверки убеждения как гипотезы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • эмпирическая проверка через предупреждение реакции, принцип «делай то, что трудно» с последующим анализом, анализ жизненного опыта других людей; • логическая проверка - анализ последствий убеждения для жизни, отыскание «за» и «против» этого убеждения, сократический диалог, вскрытие источников в детстве и оценка настоящего, вскрытие порочного круга самосбывающегося пророчества.
3	<p>Изменение через конфронтацию</p> <p>Ключевые вопросы:</p> <p>Каковы последствия моей убежденности? Что произойдет, если я изменю свое видение?</p>	<p>Техники конфронтации:</p> <ul style="list-style-type: none"> • действие вопреки убеждению и фиксация выводов, целенаправленная выработка альтернативных убеждений; • целенаправленный подбор фактов под новые адаптивные убеждения – выписывание на соответствующем листе; • овладение навыком совладающего диалога – техники «up dog», обмен ролями с ведущим; • девятишаговый рефрейминг – выявление и модификация убеждений с помощью воображения.

Таким образом, проработка установок и убеждений также осуществляется в три шага.

Первый шаг — выявление установок и убеждений. Этот шаг требует ознакомления пациента с существованием правил, идей и убеждений (о себе, других людях, о мире в целом), которыми он осознанно или неосознанно руководствуется в жизни. С целью их выявления используются несколько техник, основные из которых — «маркировка тем» и техника ведения диалога, которая имеет название «пущенная вниз стрела».

«Маркировка тем» требует анализа всех материалов, накопившихся в ходе терапии — дневников, воспоминаний, сообщений на сеансах — с целью найти ответ на вопрос: каковы общие темы в этих данных? Полезно сначала замаркировать темы, к которым пациент постоянно возвращался на сеансах, а затем дать ему инструкцию выявить другие темы по дневниковым материалам. Особенно ценную информацию представляет здесь материал, полученный с помощью техники колонок.

Когда темы замаркированы, тогда убеждения полезно сформулировать в виде причинно-следственных утверждений «если... то...» Например, анализ речевой продукции больных агорафобией с паническими расстройствами часто обнаруживает следующее базисное утверждение: «Если я проявлю слабость (в виде головокружения, обморока и т. д.), то люди отвергнут меня», за которым стоит базисная ценность «силы» и недоверие к способности людей сострадать и сочувствовать.

Особый способ задавания вопросов, нацеленный на извлечение базисных посылок (техника «пущенной вниз стрелы»), проиллюстрирован следующим диалогом с одной из пациенток, которая была сильно огорчена разговором с подругой во время обеденного перерыва на работе (Beck, Freeman, 1990, p. 82). В скобках даны названия мыслительных алогизмов, содержащихся в суждениях пациентки:

Терапевт (Т): Какие мысли мелькали у вас в голове во время обеда?

Пациентка (П): Линда игнорирует меня. (Селективная фокусировка, персонификация.)

Т: Что это означает?

П: Я не могу ладить с людьми. (Интернальная атрибуция, сверхобобщение.)

Т: Что это для вас значит?

П: У меня никогда не будет друзей. (Абсолютистское предсказание.)

Т: Что это означает — «не будет друзей»?

П: Что я одинока. (Глубинная схема.)

Т: А что для вас означает «быть одинокой»?

П: То, что я всегда буду несчастливой (начинает плакать).

Комментируя диалог, авторы замечают, что проблема данной пациентки была также связана с ее убеждением: «Если люди не реагируют на меня, значит, я им не нравлюсь». Принципиальным моментом в приводимом диалоге является появление сильной эмоциональной реакции (слез), что, по мнению Бека и Фримэна (Beck, Freeman, 1990), является не только показателем точного попадания на ключевую базисную посылку, но и ее доступности видоизменениям. Задачам осознания и модификации неадаптивной «жизненной философии» соответствует и третий принцип «оживления детских переживаний». Анализ детского материала необходим для понимания источников неадаптивных когнитивных паттернов. Воскрешение «патогенных» ситуаций способствует лучшему осознанию жизненных правил и стратегий, изменению порожденных травматическим опытом установок, а также частичному снятию ответственности и самообвинений. Основные приемы, используемые для работы с детским материалом, — техника ролевой игры и техника воображения.

Второй шаг — оценка обоснованности и полезности уже выявленных убеждений. Так же, как и в случае автоматических мыслей, эта оценка может быть эмпирической и логической. Эмпирическая проверка основана на уже описанных в начале статьи бихевиоральных техниках конфронтации, к которым, однако, добавляется последующая оценка соответствия реального происшествия иррациональному убеждению. Такую конфронтацию удобно проводить под лозунгом: «Делай то, что трудно». Например, пациентке, которая уверена в том, что ничто не сможет доставить ей удовольствия (убеждение: «Я навсегда утратила способность радоваться»), предлагается составить список ранее приносивших удовольствие видов деятельности и каждый день текущей недели выполнять что-то из этого списка (например, рисовать, вязать или гулять). На следующем сеансе анализируется эмоциональное состояние пациентки во время этих занятий и обсуждается связь между депрессивной пассивностью и безрадостностью. На этой основе формулируется новое убеждение: «Я в состоянии привнести в свою жизнь элементы удовольствия и радости».

Примером логической работы с убеждением может быть анализ его последствий для жизни пациента. Например, довольно распространенное убеждение «Просить о помощи — значит проявлять слабость и лишаться уважения других» имеет ряд негативных последствий для жизни. В новой деятельности часто возникают состояния фрустрации, сбой, фактической неудачи из-за запрета обратиться за помощью. Крайне низкий уровень инструментальной и эмоциональной поддержки, связанный с этим убеждением, приводит к состояниям одиночества и хронической тревоги. Связи с людьми носят поверхностный,

формальный и часто односторонний характер, причем другие люди могут воспринимать носителя убеждения как гордого и высокомерного. Таким образом, разрушается творческая деятельность, близость с людьми и психическое здоровье. Обычно такой анализ впечатляет клиента, заставляет усомниться в своих убеждениях и воодушевляет на борьбу с ними.

Третий шаг в работе с убеждениями — их изменение через конфронтацию. При этом могут применяться следующие приемы.

Специальные дневниковые техники разных видов. Например, пациента с базисной посылкой «Я беспомощен» просят постоянно вести дневник с несколькими разделами: «работа», «общение», «родительские обязанности», «собственные интересы». Ежедневно в каждую графу пациент заносит примеры, пусть самые незначительные, иллюстрирующие способность человека функционировать самостоятельно.

Таким образом постепенно вырабатывается эмпирическая основа для формулировки новых альтернативных убеждений: «Я могу справляться с работой, устанавливать контакты с людьми, заботиться о своих детях». Пациент может возвращаться к этим записям во время стрессогенных событий и неудач, когда активизируется старое дисфункциональное убеждение.

В так называемом «дневнике предсказаний» пациенты записывают, что может случиться в определенных ситуациях, если негативные убеждения справедливы. Позднее они могут зарегистрировать реальное происшествие и сравнить его с предсказанием. Этот вид дневниковой работы особенно показан при катастрофическом мышлении.

Наконец, третий тип дневника предполагает активный анализ событий каждого дня с позиций старых и новых базисных посылок. Например, пациентка со страхом вызвать чье-либо недовольство анализирует свой инцидент на работе, когда ей пришлось критиковать подчиненного за плохую работу. Она записывает в своем дневнике: «Он, кажется, разозлился на меня, когда я критиковала его работу. По моей старой схеме, я бы переживала это событие как ужасное и расценивала его как признак того, что меня невозможно любить. Теперь я вижу, что всего лишь проявила ответственность за качество работы. Я не вижу ничего ужасного в том, что это его взбесило. Вовсе не обязательно, чтобы всем и всегда было комфортно со мной» (Beck, Freeman, 1990, p. 86). Дневники такого рода помогают построить новые адаптивные схемы, закрепить их с помощью соответствующего опыта и противодействовать неадаптивным базисным посылкам при переработке новых жизненных событий.

Когда у клиента уже развит устойчивый навык вычленения убеждений, стоящих за мгновенными эмоциональными реакциями и автоматическими мыслями, он может вести систематический совладающий диалог с этими убеждениями, используя все усвоенные на сеансах аргументы «за» и «против». Например, в самых разных ситуациях у пациентки актуализируется убеждение «Я убогая», за которым стоит тяжелый и унижительный опыт жизни в семье алкоголиков и постоянная нужда. Пройдя курс терапии, она научилась в подобных ситуациях справляться с чувством унижения и беспомощности, используя следующие аргументы: «Этот опыт сейчас — мое жизненное богатство. Он помогает мне многое ценить и понимать в жизни, помогать другим людям и лучше понимать их проблемы. Моя жизненная закалка делает меня более устойчивой к различным невзгодам по сравнению со многими изнеженными однокашниками, которым я раньше завидовала».

В заключение отметим, что когнитивная психотерапия является одной из самых молодых областей психотерапии. Она активно растет и развивается как область знания и практики. Ее теоретические основания требуют дальнейшего развития и проработки, что создает большое поле деятельности для молодых ученых психотерапевтов.

Список литературы

- ШУЛЬЦ Д., ШУЛЬЦ Э. (1998) История современной психологии. — СПб.: Евразия.
- ЭЛЛИС А. (1999) Психотренинг по методу Альберта Эллиса. — СПб.: Питер.
- ЮНГ К. Г. (1993) Проблемы души нашего времени. — М.: Прогресс.
- BANDURA A. (1969) Principles of Behavioral Modification. — N. Y: Holt.
- BECK A. T. (1967) Depression: clinical, experimental and theoretical aspects. — N. Y.: Harper and Row.
- BECK A. T. (1976) Cognitive therapy and the emotional disorders. — N. Y: American Book.
- BECK A. T. (1993) Cognitive Therapy: Past, Present and Future // J. of consulting and clinical Psychology. 61, 2, 194–198.
- BECK A. T., EMERY G. (1985) Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective. — N. Y.: Basic.
- BECK A. T., FREEMAN A. (1990) Cognitive therapy of personality disorders. — N. Y.: Guilford Press.
- BECK A. T., RUSH A. J., SHAW B. W., EMERY G. (1979) Cognitive therapy of depression. — N. Y: Guilford, 142–164.
- CLARK A., SALKOVSKIS P. (1985) Respiratory control as a treatment for panic attacks // J. of behavioral therapy. 16, 1, 23–30.
- COTTRAUX J., MOLLARD E. (1988) Cognitive therapy of phobias // Cognitive therapy (theory and practice) / Ed. C. Perris et al. — Berlin-Heidelberg-London: Springer-Verlag, 179–197.
- DOBSON K. S. (1988) The present and future of the cognitive-behavioral therapies // Handbook of cognitive-behavioral therapies / Ed. K. Dobson. — N. Y.: Guilford press, 273–306.
- DRYDEN W., ELLIS A. (1986) Rational-emotive therapy // Cognitive-behavioral approaches to psychotherapy. — London: Harper-Row.
- DÜRSEN A. (1985) Die «Cognitive Wende» in der Verhaltenstherapie — eine Brücke zur Psychoanalyse // Nervenartz. B. 56, 479–485.
- ELLIS A. (1993) Reflections on Rational-Emotive Therapy // J. of consulting and clinical psychology. 61, 2, 199–201.
- EPSTEIN N., BAUCOM D. (1988) Cognitive-behavioral marital therapy. — N. Y.: Branner and Mazel.
- GUIDANO V. F. (1988) A system process-oriented approach to cognitive therapy // Handbook of cognitive-behavioral therapies / Ed. K. Dobson. — N. Y.: Guilford press, 214–272.
- HOUT M. A., GRIEZER E. (1986) CO₂ inhalation in the treatment of panic attacks // J. of behavioural therapy. 24, 145–150.
- INGRAM R. E., HOLLON S. D. (1984) Cognitive-behavioral interventions: research, theory and procedures. — N. Y.: Academic.
- JARRET R. B., RUSH A. J. (1988) Cognitive therapy for panic disorders and generalised anxiety disorder // Cognitive Psychotherapy: theory and practice / Ed. C. Ferris. — Berlin-Heidelberg-London: Springer-Verlag, 253–275.

- JOYCE-MONIZ L. (1988) Self-talk, dramatic expression, and constructivism // *Cognitive therapy: theory and practice* / Ed. C. Perris, 276–306.
- KOVACK M., BECK A. T. (1976) Maladaptive cognitive structures in depression // *American Journal of psychiatry*. 135, 525–535.
- LAZARUS R. S. (1968) Emotion and adaptation: conceptual and empirical relations // *Nebraska symposium on motivation* / Ed. W. Arnold.
- LIOTTI G. (1988) Attachment and cognition: A guideline for the reconstruction of early pathogenic experiences in cognitive psychotherapy // *Cognitive psychotherapy: theory and practice* / Ed. C. Perris, 62–80.
- LLOYD A., LISHMAN H. (1975) Effects of depression on speed of recall of pleasant and unpleasant experiences // *J. of Psychological Medicine*. 5, 173–180.
- MAHONEY M. J. (1993) Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies // *J. of consulting and clinical psychology*. 61, 2, 187–193.
- MCPHERSON F. M. (1988) Cognitive therapy for bulimia // *Cognitive therapy: theory and practice* / Ed. C. Perris, 306–324.
- MEICHENBAUM D. (1977) *Cognitive behavior modification*. — N. Y: Plenum.
- MOLEN VAN DER G. M., HOUT VAN DEN M. A. (1986) Cognitive determinants of lactate induced anxiety // *J. of behavioral research and therapy*. 24, 6, 677–680.
- NORCROSS J. C. (1989) The movement toward integrating the psychotherapy: An overview // *American J. of psychiatry*. 146, 138–147.
- PERRIS C. (1988) The foundations of cognitive psychotherapy and its standing in relation to other therapies // *Cognitive psychotherapy: theory and practice* / Ed. C. Perris, 1–44.
- REHM L. P., ROKKE P. (1988) *Self-Management therapies* // *Handbook of cognitive-behavioural therapies* / Ed. K. Dobson. — N. Y.: Guilford press, 357–386.
- REINICKER H. (1998) *Verhaltenstherapie* // *Praxis der Psychotherapie* (Hg.: Senf W., BrodaM.). — Stuttgart-N. Y: G. Thieme Verlag, 140–176.
- ROBINS C., HAYNES A. (1993) An appraisal of cognitive therapy // *J. of consulting and clinical psychology*. 61, 2, 205–214.
- SCHACHTER S. (1964) The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional state // *Advances in experimental social psychology* / Ed. L. Bercowitz. Vol. 1. — N. Y.
- SELIGMEN M. (1975) *Helplessness: on depression development and death*. — San Francisco: Freeman.
- SELIGMEN M., ABRAMSON L. (1979) Depressive attributional style // *J. of abnormal psychology*. 88, 242–247.
- THORPE R. E., BURNS L. E. (1983) *The agoraphobic syndrome*. — N. Y.: Willey.
- WARWICKH. M. (1991) A controlled trial of cognitive psychotherapy for hypo-hondriasis // *Cognitive therapy in clinical practice* / Ed. J. M. Scott, — London: Routledge and Kegan Paul, 78–102.
- WOLPE J.D., LAZARUS A, A. (1966) *Behavioural therapy techniques. A guide to the treatment of Neuroses*. — Oxford: Pergamon Press.
- ZAJONC R. (1980) Feeling and thinking. Preferences need no inferences // *American Psychologist*. 35, 151–175.

ZURILLA T. J. (1988) Problem-solving therapies // Handbook of cognitive behavioural therapies / Ed. K. Dobson. — N. Y.: Guilford press, 85–135.

Приложение.

Презентация и аудиозапись лекции проф. А.Б. Холмогоровой «Актуальные тенденции современной когнитивной психотерапии» <http://mgppu.ru/lektoriy/18.11.09a.php> (лекция прочитана 18 ноября 2009 г. в Московском городском психолого-педагогическом университете).

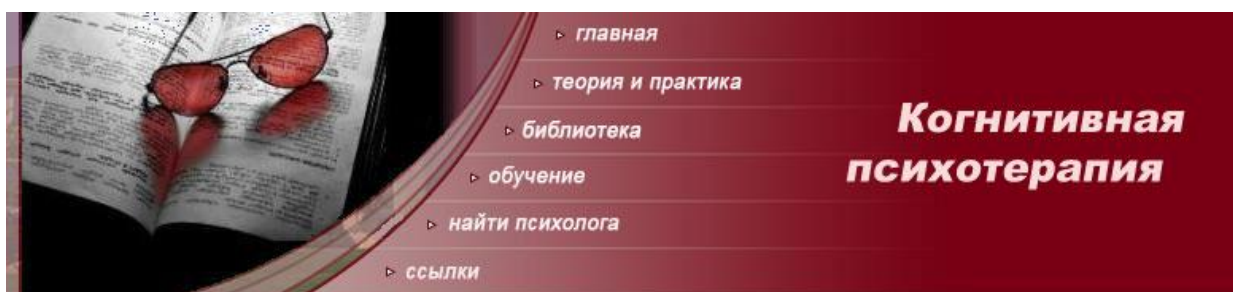
Статьи проф. А.Б. Холмогоровой по проблемам когнитивной терапии в электронной библиотеке МГППУ:

http://pk.mgppu.ru/index.php?option=com_remository&Itemid=32&func=select&id=2&orderby=2&page=2

Литература по когнитивно-поведенческой терапии <http://cognitive-therapy.ru/lit.htm>

(На русском языке, ряд книг можно скачать.) **Список литературы** подготовлен **Васильевой О.Б.**

(*Кабинет психолога Васильевой Ольги* <http://vasileva-psy.ru/>)



<http://cognitive-therapy.ru/> Сайт посвящен когнитивной терапии Аарона Бека. Это пространство, объединяющее специалистов, использующих в своей практике когнитивную психотерапию. Здесь вы можете узнать об основах когнитивной терапии, прочитать авторские статьи, найдете информацию о специалистах, узнаете об обучающих программах, семинарах и тренингах, проходящих на территории России и стран СНГ.