

Принципы когнитивной терапии

Когнитивная терапия основывается на постоянно развивающейся формулировке терапевтического случая в терминах когнитивной терапии.

Терапевт стремится осмыслить трудности пациента в трех временных рамках.

Для начала он выявляет, каково его *теперешнее мышление*, которое вызывает грусть и тоску.

Затем терапевт определяет *предрасполагающие факторы*, которые влияют на восприятие пациента и способствуют возникновению депрессии.

Далее терапевт формулирует гипотезу о *формирующих событиях* и *стойких способах интерпретации* пациентом этих событий,

- **Когнитивная терапия требует создания прочного терапевтического альянса.**
- **В когнитивной терапии особое значение придается сотрудничеству и активному участию.**
- **Когнитивная терапия ориентирована на цель и сфокусирована на проблеме.**
- На первой сессии терапевт предлагает пациенту перечислить его проблемы и определить цели терапии - чего бы ему хотелось достичь.
- **В когнитивной терапии основное внимание уделяется настоящему, особенно в начале лечения.**
- В большинстве случаев следует четко фиксировать процесс лечения на текущих проблемах и специфических ситуациях,

- **Когнитивная терапия - это образовательная терапия, цель которой - научить пациента быть самому себе терапевтом. В когнитивной терапии особое внимание уделяется профилактике рецидива.**
- На первой же сессии терапевт объясняет пациенту природу и течение его расстройства, разъясняет суть процесса когнитивной терапии и знакомит с когнитивной моделью (показывает, каким образом мысли влияют на его эмоции и поведение).
- **Когнитивная терапия ограничена во времени.**
- **В процессе когнитивной терапии сессии структурированы.**
- Независимо от диагноза и этапа лечения когнитивный терапевт, стремится на каждой сессии строго придерживаться определенного

- **Когнитивная терапия учит пациентов распознавать и оценивать их дисфункциональные взгляды и убеждения и находить на них адаптивные ответы.**
- **Техники когнитивной терапии направлены на изменение мышления, настроения и поведения пациента.**

Некоторые приемы, применяемые в КБТ

- **Направляемое открытие, позволяющее пациенту признать стереотипные дисфункциональные паттерны интерпретации;** (стремление вызвать у пациента интерес к поиску убеждений и их причины и к установлению роли травмирующих событий. Необходимо подключить воображение пациента. Иначе психотерапия может свестись к повторяющемуся процессу, который со временем становится все более и более утомительным. Варьирование способов постановки гипотез, использование различных фраз и слов, а также метафор и примеров для иллюстрации своей точки зрения, помогают психотерапевту и пациенту почерпнуть больше полезного из их взаимоотношений).

- **Исследование своеобразия переживания**, поскольку эти пациенты часто интерпретируют свои переживания в необычной или преувеличенной манере;
- **Указание на неточные выводы или искажения**, чтобы заставить пациента осознать свою необъективность или неразумность отдельных автоматических паттернов мышления;
- **Совместные эмпирические выводы** — работа с пациентом по проверке обоснованности его убеждений, интерпретаций и ожиданий;
- **Исследование объяснений поведения других людей**;

- **Шкалирование** — перевод преувеличенных интерпретаций в измеряемые величины, чтобы противодействовать обычному дихотомическому мышлению;
- **Реатрибуция** — перераспределение ответственности за действия и результаты;
- **Преднамеренное преувеличение** — сведение мысли к крайности, что упрощает ситуацию и облегчает переоценку дисфункционального умозаключения;

- **Исследование преимуществ и недостатков поддержания или изменения убеждений или форм поведения и выяснение первичной и вторичной выгоды;**
- **Преодоление катастрофического характера мыслей пациента** — предоставление пациенту возможности, во-первых, осознать свою склонность всегда ждать худшего исхода и, во-вторых, противостоять этой склонности.

Работа со схемами

- **Схемы** - это когнитивные образования, организующие опыт и поведение, это система убеждений, глубинные мировоззренческие установки человека по отношению к самому себе и окружающему миру, влияющие на актуальное восприятие и категоризацию.

- Схемы могут быть:
- **Адаптивными/ неадаптивными.**
- Пример дезадаптивной схемы: «все мужчины — сволочи» или «все женщины — стервы». Разумеется, такие схемы не соответствуют действительности и являются чрезмерным обобщением, однако подобная жизненная позиция может нанести урон прежде всего самому человеку, создав ему трудности в общении с противоположным полом, поскольку подсознательно он будет заранее негативно настроен, и собеседник это может понять и обидеться.
- **Позитивными/негативными.**
- **Идиосинкразическими (своеобразно-болезненными, ограниченными) /универсальными** Пример: депрессия —

- **Первый вариант** работы со схемами мы будем называть **«схематическим реструктурированием»**. Это может быть уподоблено реконструкции города. Когда сделан вывод, что отдельная структура или комплекс структур являются нарушенными, принимается решение поэтапно разрушить старые структуры и на их месте построить новые. Это было целью многих психотерапевтических подходов в течение многих лет (особенно характерно для психоанализа и динамических производных психодинамических школ). Но не все дисфункциональные схемы могут быть реструктурированы, к тому же это не всегда оправданно, учитывая время, энергию или навыки, доступные пациенту либо

- Примером полного схематического реструктурирования может служить трансформация человека с параноидным расстройством личности в полностью доверчивого человека. Должны быть устранены конкретные схемы относительно потенциальной и неизбежной опасности других людей, чтобы их место заняли убеждения в надежности людей, малой вероятности нападения и причинения вреда и убеждение, что всегда найдутся люди, готовые предложить помощь и поддержку.
- Очевидно, этот вариант лечения наиболее трудоемок и отнимает много времени, и в нем должен быть достигнут компромисс между слишком активными схемами, соответствующими недоверию, и более доброжелательными схемами. Другими словами, реструктурирование состоит в ослаблении дисфункциональных схем и развитии более адаптивных.

- Многие пациенты никогда не формировали адекватные схемы, чтобы принять переживания, которые противоречат их дисфункциональным основным убеждениям. Следовательно, они неспособны интегрировать новые позитивные переживания и, таким образом, продолжают фильтровать события через схемы, существовавшие ранее.
- В результате их жизненные переживания сформированы таким способом, что подтверждают дисфункциональные убеждения пациентов (обычно негативные) относительно себя и других людей.
- У более сложных пациентов, особенно с пограничным расстройством личности, могут быть области, в которых адаптивные схемы просто недоступны. Следовательно, они должны создать адаптивные структуры, чтобы получить новый конструктивный опыт.

- **Для построения новых схем или укрепления нарушенных можно использовать разнообразные методы.**

- Например творческое использование дневников для упорядоченной записи и хранения новых наблюдений.

- Человек, имеющий убеждение «Я неадекватен», может завести записную книжку с несколькими разделами: «работа», «социальные контакты», «домашние обязанности», «досуг». Ежедневно в каждом разделе следует отмечать маленькие примеры адекватности. Психотерапевт может помочь пациенту выявить примеры адекватности и следить за тем, чтобы они регулярно регистрировались. Просматривая эти записи, пациент помогает себе противостоять абсолютным негативным убеждениям при стрессе или «неудачах», когда активизирована

- **Вторая возможность** в процессе изменения — это **«схематическая модификация»**.
- Этот процесс предполагает относительно меньшие изменения в основном способе реагирования на мир, чем при реконструкции. Здесь уместно сравнение с реставрацией старого дома.
- В качестве клинического примера можно назвать трансформацию соответствующих схем параноидной личности, касающихся доверия, в убеждения, меньше связанные с недоверием и подозрительностью, а также попытки стимулировать пациента доверять *некоторым* людям в *некоторых* ситуациях и оценивать результаты.

- **Третья возможность — «схематическая реинтерпретация».**
- Она состоит в том, чтобы помочь пациентам понять и реинтерпретировать свой образ жизни и схемы более функциональным способом.
- Например, истероидная личность может признать дисфункциональный характер убеждения, что необходимо быть всеми любимым и обожаемым, но продолжать ощущать любовь людей как источник вознаграждения в некоторых ситуациях — например, в общении со своими учениками младшего возраста.
- Если нарциссическая личность хочет быть востребованной и уважаемой, заслужив титул (например, профессора или доктора), она может удовлетворить это желание статуса без того, чтобы руководствоваться навязчивыми убеждениями относительно ценности престижа.

Поведенческие методы

- Существуют три цели использования поведенческих методов.
- **Во-первых**, психотерапевт может столкнуться с необходимостью работать, непосредственно изменяя пагубные формы поведения.
- **Во-вторых**, пациентам может не хватать навыков, и психотерапия должна включать в себя в качестве компонента построение ЭТИХ НАВЫКОВ.
- **В-третьих**, поведенческие задания можно давать для выполнения дома, чтобы помочь проверить когнитивные структуры.

Полезны следующие поведенческие методы

- **Контроль деятельности и планирование**, которые создают возможность ретроспективной идентификации и перспективного планирования изменений;
- **Планирование действий по развитию навыков и получению удовольствия** в целях повышения личной эффективности и подтверждения успешности изменений в переживаниях и полученного от этого удовольствия (или его недостатка);
- **Тренировка поведения, моделирование, выработка уверенности в себе и ролевые игры** для развития навыков перед первыми попытками более эффективного реагирования как в старых проблемных ситуациях, так и в **НОВЫХ**;

- **Поведенческие методы обучения релаксации и отвлечению внимания,** которые используются при угрозе возникновения тревоги в ходе изменения
- **Работа в естественных условиях,** когда психотерапевт сопровождает клиента в проблемной ситуации, чтобы помочь ему работать с дисфункциональными схемами и действиями, которые (по какой-либо причине) не поддаются воздействию в обычной ситуации консультирования;
- **Поэтапная постановка задач,** чтобы пациент мог переживать изменения как постепенно возрастающий процесс, в течение которого трудность каждого компонента может быть отрегулирована и мастерство приобретается постепенно.

Систематическая десенсибилизация по Вольпе

- Психотерапия систематической десенсибилизацией — форма поведенческой психотерапии, служащая целям снижения эмоциональной восприимчивости по отношению к определенным ситуациям. Разработана Джозефом Вольпе на базе экспериментов И. П. Павлова по классическому обусловливанию. Основывается на предположении, что при фобии происходит генерализация аффекта и эмоциональное переживание страха связывается с первоначально нейтральными признаками тех ситуаций, в которых произошло зарождение страха. В силу этого формулируется психотерапевтическая цель — добиться угашения условного рефлекса, в качестве которого выступает переживание страха на объективно нейтральные стимулы, связав эти

- **Согласно Вольпе, торможение реакций страха имеет три этапа;**
- составление списка пугающих ситуаций или стимулов с указанием их значимости или иерархии;
- обучение какому-либо методу мышечной релаксации с целью формирования навыка создавать физическое состояние, противоположное состоянию при эмоции страха, то есть навыка тормозить реакцию страха;
- 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.

Работа с автоматическими мыслями

- **Природа автоматических мыслей**
- Вы постоянно анализируете мир, прикрепляя каждому событию или опыту некий ярлык. Вы автоматически интерпретируете все, что видите, слышите, осязаете, чувствуете. Вы оцениваете события как хорошие и плохие, приятные или болезненные, безопасные или рискованные. Этот процесс сопровождает всю вашу жизнь, наделяя каждый опыт индивидуальным смыслом.

- Оценки рождаются в ходе бесконечного диалога, который вы ведете с самим собой, возникают из потока мыслей, низвергающегося на задворки вашего сознания.
- Эти мысли мимолетны, но достаточно значительны для того, чтобы провоцировать самые сильные эмоции. Альберт Эллис, представитель рационально-эмоционального направления психотерапии, назвал это внутренним диалогом, а теоретик когнитивной психотерапии Аарон Бек — автоматическими мыслями. Бек предпочитает термин «автоматические мысли» потому, что он «более точно характеризует способ переживания этих мыслей. Человек воспринимает данные мысли как машинальные — возникшие без предварительного размышления и аргументации, и поэтому они кажутся ему убедительными и обоснованными».

- **Автоматические мысли обладают следующими особенностями:**
- **Они часто стенографичны**, то есть состоят всего лишь из нескольких ключевых слов или фраз в телеграфном стиле: «одиноко... устал... я этого не вынесу... рак... ничего хорошего». Одно слово или короткая фраза играют роль ярлыка для группы болезненных воспоминаний, страхов, упреков самому себе.
- Нередко автоматические мысли вообще не нуждаются в словах. Они возникают в форме мимолетного визуального образа, воображаемого звука или запаха, любого физического ощущения. К примеру, у одной женщины, которая боится высоты, на долю секунды возникает образ наклоняющегося пола, и ей кажется, что она скользит вниз к окну. Эта мгновенная иллюзия вызывает чувство крайней тревоги каждый раз, когда она

- Иногда автоматические мысли — это краткое воссоздание неких событий прошлого. Женщина, страдающая депрессией, постоянно видит лестницу из универмага, где ее муж впервые заявил о своем намерении уйти. Одного образа этой лестницы достаточно для того, чтобы на нее нахлынули все чувства, связанные с потерей.
- Иногда автоматические мысли принимают форму интуитивного знания, без слов, образов или чувственных ощущений. К примеру, одному повару неуверенность в себе мешала настолько, что он даже не пытался продвигаться по службе, чтобы занять место шеф-повара.

- **Автоматические мысли не вызывают сомнений, какими бы нелогичными они ни были.** К примеру, мужчина, который гневно отреагировал на смерть своего лучшего друга, действительно какое-то время верил, что друг умер нарочно, только чтобы досадить ему.
- Автоматические мысли обладают таким же правдоподобием, как и непосредственные чувственные ощущения. Ваши автоматические мысли для вас столь же реальны, сколь и окружающий мир. Если, заметив мужчину в «Порше», вы подумаете: «Он богат и заботится только о себе», то для вас это суждение будет так же неоспоримо, как и цвет вашей рубашки.

- **Автоматические мысли воспринимаются как самопроизвольные.**
- Вы не сомневаетесь в истинности автоматических мыслей потому, что они автоматические. Кажется, что они возникают спонтанно — по причине происходящих событий. Они просто внезапно появляются, и вы едва их замечаете, не говоря уже о том, чтобы подвергнуть логическому анализу.
- **Автоматические мысли часто носят характер долженствования — должен, надо, следует.**
- Женщина, недавно потерявшая мужа, думает: «Ты должна вынести это одна. Ты не должна нагружать друзей». Каждый раз, когда эта мысль всплывает в ее сознании, на нее накатывает волна отчаяния. Люди мучают себя всевозможными «должен»: «Я должна быть счастливой. Я должна быть более энергичной, креативной, ответственной, любящей, великодушной...» Каждое твердое «должен» вызывает чувство вины и снижение самооценки.

- Долженствованиа сложно истребить, поскольку по своему происхождению и назначению они адаптивны.
- Это простые жизненные правила, которые срабатывали в прошлом. Они — образцы выживания, к которым вы можете быстро обратиться в условиях стресса.
- Проблема в том, что эти правила становятся таковыми автоматически, и у вас просто не остается времени проанализировать их. Они так незыблемы, что вы не можете скорректировать их, чтобы приспособиться к меняющейся ситуации.

- **Автоматические мысли часто отображают все в самом ужасном свете.**
- Они пророчат катастрофу, заставляют вас во всем видеть опасность, настраивают на самое худшее. Болит желудок — значит, у вас рак, любимый человек не такой внимательный, как раньше — значит, он охладел к вам.
- Подобные мысли — главный источник тревоги.
- Но от них сложно отказаться, поскольку они помогают спрогнозировать будущее и подготовиться к наихудшему развитию событий.

- **Автоматические мысли относительно уникальны.**
- В переполненном театральном зале одна женщина резко поднялась, дала пощечину своему спутнику и быстро направилась к выходу.
- очевидцы этого происшествия отреагировали по-разному. Какая-то зрительница испугалась, поскольку подумала: «Он ей устроит, когда они вернутся домой». Она ясно представила жестокое избиение и вспомнила, как сама когда-то подверглась физическому насилию.
- Подросток разозлился: «Бедняга. Наверное, он хотел поцеловать ее, а она его так унизила. Вот стерва!»
- Мужчина средних лет приуныл, подумав: «Похоже, он потерял ее навсегда, — ему никогда не удастся ее вернуть».
- Как видите, каждая реакция основана на уникальном восприятии данного события и

- **Автоматические мысли устойчивы и самопроизвольны.**
- Их сложно «выключить» или изменить, поскольку они бессознательны и кажутся весьма убедительными.
- Они незаметно вкрапляются в ткань вашего внутреннего диалога и как будто появляются и исчезают по собственной воле.
- Одна автоматическая мысль служит сигналом для другой и так далее. Несомненно, вам знакома такая цепная реакция, когда одна гнетущая мысль рождает целую плеяду депрессивных мыслей.

- **Автоматические мысли зачастую отличаются от ваших публичных высказываний.**
- Многие люди общаются с окружающими совсем не так, как с самими собой. Посторонним события жизни преподносятся как имеющие логическую причинно-следственную связь.
- Но в глубине собственного сознания эти же события приправляются ядом, умаляющим человеческое достоинство, или мрачными прогнозами.

- Например, менеджер вслух спокойно объясняет: «С тех пор, как меня уволили, я нахожусь в несколько подавленном состоянии».
- Это сухое утверждение резко отличается от его реальных мыслей, вызванных безработицей: «Я — неудачник. Я никогда не смогу найти новую работу... Моя семья умрет с голоду. У меня ничего не получится!»
- Его внутренний монолог все глубже погружает его в бочку с дегтем.

- **Автоматические мысли закливают вас на одних и тех же проблемах.**
- Постоянные гнев, тревога или депрессия — это результат преобладания в вашей голове определенных автоматических мыслей и недопущение никаких иных.
- Главной темой для размышлений людей с повышенной тревожностью служит опасность. Они поглощены ее предчувствием и постоянно находятся в ожидании боли.
- Депрессивные личности часто сконцентрированы на прошлом и заклинуты на теме потерь, они сосредотачиваются на собственных неудачах и недостатках. Люди, испытывающие постоянное раздражение, склонны обвинять других во всех своих неприятностях.

- Зацикливаясь на одних и тех же проблемах, вы замечаете лишь одну сторону происходящего и в результате вызываете в себе постоянные болезненные переживания.
- Такое суженное поле зрения Бек определил как «селективное абстрагирование», что означает восприятие лишь определенных аспектов ситуации и игнорирование всех прочих.

- **Автоматические мысли внушаются.**
- С самого детства вам внушали необходимость думать. Семья, друзья, средства массовой информации приучили вас толковать события определенным образом.
- За долгие годы у вас в голове обосновались автоматические мысли, которые довольно сложно обнаружить, а уже тем более изменить. Это плохо. Однако хорошая новость в том, что изменить ваше восприятие действительности все же можно.

- **Выбор автоматической мысли-мишени**
- **Сконцентрироваться на данной автоматической мысли.** ("Давно ли у вас появилась эта идея?", "Какие эмоции вы испытываете, когда так думаете?", "Что вы делаете после того, как вас посетила эта мысль?".)
- **Выяснить больше подробностей о ситуации, в которой возникает автоматическая мысль.** ("Что Вам сказали перед тем, как вы так подумали?", "Когда это произошло?", "Где вы находились в тот момент?", "Расскажите подробнее об этом случае".)
- **Выяснить, насколько типична для пациента эта автоматическая мысль.** ("Часто ли вас посещают подобные мысли?" "В

- **Выявить другие автоматические мысли и образные представления, возникающие в этой же ситуации.** ("О чем еще вы подумали?", "Какие образы вы себе рисовали или какие мысленные картины у вас возникали?")
- **Приступить к решению проблем, связанных с ситуацией, в которой возникает автоматическая мысль.** ("Что вы можете предпринять в этой ситуации?", "Как вы выходили из подобного положения раньше?", "Что бы вы хотели сделать?")
- **Определить убеждение, которое лежит в основе этой автоматической мысли.** ("Если бы эта мысль соответствовала действительности, что это означало бы для вас?")
- **Перейти к следующей теме.** ("Хорошо. Я думаю, что понял вас. Скажите, а что еще

- **Чтобы выбрать самую подходящую из выявленных автоматических мыслей, терапевт задает себе следующие вопросы.**
- Чего я хочу достичь на этой сессии? Поможет ли работа над этой мыслью достичь терапевтических целей, которые я наметил на эту сессию?
- Что пациент определил в качестве повестки дня? Коснется ли работа с этой мыслью актуальной для него проблемы? Если нет, достаточно ли у нас времени, чтобы успеть рассмотреть и проблему, вызывающую беспокойство пациента? Будет ли он сотрудничать со мной в оценивании этой мысли?

- Достаточно ли эта мысль значима для того, чтобы остановиться на ней подробнее? Вероятно ли, что она в значительной мере искажена или дисфункциональна? Она типична для пациента? Поможет ли пациенту работа с этой мыслью чувствовать себя лучше *не только* в этой единственной ситуации? Смогу ли я улучшить модель концептуализации пациента?

- **Работа с автоматической мыслью.**
- Прежде чем приступить к работе с определенной автоматической мыслью, терапевт определяет, действительно ли эта мысль заслуживает внимания. Он задает пациенту следующие вопросы.
- **Насколько вы сейчас доверяете этой мысли (0-100%)?**
- **Какие чувства и эмоции возникают у вас из-за этой мысли?**
- **Насколько интенсивны эти эмоции (0-100%)?**

- Если же пациент твердо уверен в истинности дисфункциональной автоматической мысли и с нею связаны ярко выраженные отрицательные эмоции, терапевт проясняет общую картину, задавая пациенту вопросы согласно когнитивной модели.
- Когда возникает эта мысль? В каких именно ситуациях?
- Посещают ли вас в той же самой ситуации другие проблемные мысли и образы (представления)?
- Вызывает ли у вас эта мысль какие-либо физические ощущения?
- Что вы делаете после того, как у вас возникла эта мысль?

- Получив общее представление о данной автоматической мысли и связанных с ней реакциях пациента, терапевт поступает одним из следующих способов.
- Вслух или мысленно дополняет свою модель концептуализации пациента (подчеркивает, как вписывается в нее данная мысль): "Не является ли это еще одним примером того, как вы постоянно предсказываете себе неудачу?"
- На примере конкретной автоматической мысли усиливает когнитивную модель (обычно в начале терапии), например: "Значит, когда вы искали работу, у нас возникла мысль: "Я никогда не устроюсь на работу". Из-за этого вы огорчились, прекратили поиски. Так?"

- С помощью диалога побуждает пациента оценить дисфункциональную мысль и найти адаптивный ответ на нее: "Какие существуют доказательства того, что вы никогда не устроитесь на работу?"
- Вместе с пациентом ищет решение проблемы: "Что вы можете предпринять, чтобы решить вопрос?"

- Применяет технику падающей стрелы -
- Сначала терапевт выявляет типичные автоматические мысли пациента, которые возникают на основе его дисфункционального убеждения.
- Затем терапевт просит пациента предположить, что автоматическая мысль отражает истинное положение дел, и спрашивает, что *означает* такой расклад. Обратите внимание: вопрос о том, что для пациента означает автоматическая мысль, часто помогает выявить промежуточное убеждение; вопрос о том, что эта мысль означает по отношению к самому пациенту, обычно помогает выявить глубинное убеждение.
- Эти вопросы терапевт задает пациенту до тех