

## Выявление терапевтических проблем

**Р**аботая над книгой *Когнитивная психотерапия: полное руководство*, я понимала, что “стандартный” текст по когнитивной терапии не сможет охватить все разнообразие трудностей, которые представляют многие клиенты в процессе терапии. У одних клиентов, например, не наблюдается прогресса в улучшении их состояния при применении традиционных терапевтических стратегий. К другим клиентам, как иногда может показаться, неприменимы стандартные терапевтические техники. Третьи клиенты ведут себя так, будто не желают участвовать в лечении. Четвертые, похоже, крепко держатся за свои укоренившиеся искаженные убеждения о себе, людях и окружающем мире. Для всех этих клиентов лечение должно быть разным. Но как психотерапевту понять, когда и как следует изменить лечение?

Когда опытные когнитивные терапевты сталкиваются со сложными случаями (т.е. с клиентами, требующими от психотерапевта нестандартного подхода; на страницах книги мы будем для краткости называть их “трудными”), подчас создается впечатление, будто они интуитивно понимают, что нужно делать. После многочисленных просьб о написании книги, которая освещала бы стоящие за такими клиентами проблемы, я стала внимательнее наблюдать за решениями, которые принимаю во время терапевтической сессии. То, что может показаться интуитивным процессом принятия решений, на самом деле основано на непрерывно развивающейся концептуализации случаев клиентов, их диагнозов и

опыта прохождения психотерапии. Мне очень повезло: помимо результатов наблюдения за собственной работой, у меня была возможность наблюдать и тщательно анализировать терапевтическую работу моего отца, Аарона Т. Бека, д-ра медицины, а также следить за работой моих коллег и супервизоров.

В этой книге предлагается обзор того, что я освоила уже после публикации книги *Когнитивная психотерапия: полное руководство*. В предыдущей книге были представлены пошаговые методы применения когнитивной терапии для клиентов, представлявших простые случаи депрессии и тревоги, и это стало важной подготовкой к настоящему руководству, цель которого — помочь психотерапевтам выбрать стратегию, когда стандартные терапевтические стратегии неэффективны.

Большинство сложных причин объясняются трудностями, с которыми сталкиваются клиенты во время терапевтического процесса. Некоторые проблемы находятся вне контроля психотерапевта, например клиент не имеет финансовой возможности регулярно его посещать или его окружение настолько стрессогенно, что психотерапия не приносит сколько-нибудь значимой пользы. Но большинство проблем все-таки подлежат терапевтическому контролю — во всяком случае, частично. Сложности могут возникать из-за искаженных убеждений клиентов (например, “Если мое состояние улучшится, то моя жизнь ухудшится”) или по причине терапевтической ошибки (например, применяя стандартную методику лечения при депрессии, когда клиент на самом деле страдает от другого расстройства).

Во время сотен семинаров, проведенных мною за прошлое десятилетие, я обращалась к специалистам по психическому здоровью с просьбой описать конкретные проблемы, с которыми они сталкиваются в работе с клиентами. Я пришла к двум важным выводам. Во-первых, многие клиницисты склонны описывать трудности слишком общими терминами, которые не в состоянии четко определить проблему; к этой категории относится, в частности, утверждение о том, что клиент “резистентен”. Во-вторых, когда психотерапевты все-таки конкретизируют проблемы, они, как правило, снова и снова обозначают одни и те же виды трудностей: клиент не выполняет домашние задания, клиент враждебно настроен по отношению к терапевту, клиент между сессиями проявляет саморазрушающее поведение и т.д. Я обнаружила, что многим психотерапевтам нужно научиться описывать трудности с помощью поведенческих терминов в рамках когнитивной терапии, а также обучиться разработке стратегий, основанных на точной концеп-

туализации применительно к каждому отдельному клиенту. Эта книга учит психотерапевта:

- конкретизировать проблему (и определять степень ответственности психотерапевта за ее решение);
- концептуализировать индивидуальные особенности клиентов, в том числе расстройства по оси II<sup>2</sup>;
- справляться с проблемными реакциями клиентов на психотерапевтов и психотерапевтов на клиентов;
- устанавливать цели, структурировать сессии, находить способы решения проблем и добиваться успешного выполнения домашних заданий (включая изменения поведения) при работе с “трудными” клиентами;
- выявлять и изменять укоренившиеся дисфункциональные когниции (автоматические мысли, образы, предположения и глубинные убеждения).

В приложении А приводится список возможностей для продолжения профессионального роста и развития когнитивного терапевта. В любом случае практическое обучение и супервизия попросту незаменимы.

## Конкретизация проблем

Даже самые опытные когнитивные терапевты сталкиваются со сложностями при работе с некоторыми клиентами. У них может даже возникнуть искушение обвинить клиентов в преднамеренном создании проблем и приписать их отношение и дисфункциональное поведение проявлению недостатков характера. Однако вам не удастся извлечь какую-либо пользу для психотерапии, если вы будете описывать проблему в общих чертах, называя клиента “сопротивляющимся”, “немотивированным”, “ленивым”, “фрустрирующим”, “манипулятивным” или “застревающим”. Такие общие характеристики, как “клиент не проявляет желания участвовать в терапии” или “клиент ожидает, что я сделаю всю работу вместо него”, тоже слишком расплывчаты, чтобы быть полезными для планирования терапевтической стратегии. Более продуктивным будет *конкретизировать поведение*, препятствующее терапии и принятию позиции, ориентированной на решение проблем.

---

<sup>2</sup> Ось II в классификации DSM-V включает отклонения в развитии личности и личностные нарушения. — *Примеч. ред.*

Психотерапевты смогут точно определить, в чем заключается сложность, задав себе такой вопрос:

- “Является ли проблемой то, что говорит или делает клиент (или не говорит или не делает) во время терапевтических сессий и между ними?”

Вот типичные примеры проблемного поведения, которые проявляют некоторые клиенты *в ходе* терапевтической сессии. Они, например:

- настаивают на том, что они не могут измениться или что терапия не может им помочь;
- не устанавливают целей и не участвуют в повестке дня;
- жалуются, отрицают свои проблемы или обвиняют в них окружающих;
- представляют слишком много проблем или переключаются с одной проблемы на другую;
- отказываются отвечать на вопросы или ходят вокруг да около;
- опаздывают или пропускают сессии;
- требуют исключительных прав;
- злятся, расстраиваются, не реагируют или излишне критичны;
- не способны или не хотят менять свои когниции;
- невнимательны или постоянно прерывают психотерапевта;
- обманывают или избегают раскрытия важной информации.

Многие клиенты проявляют дисфункциональное поведение и *между* сессиями:

- не выполняют домашние задания;
- не принимают назначенные медикаменты;
- употребляют алкоголь или другие психоактивные вещества;
- в кризисные моменты постоянно звонят психотерапевту;
- демонстрируют саморазрушающее поведение;
- занимаются членовредительством в отношении окружающих.

Суицидальные попытки требуют немедленной кризисной интервенции и диагностики в отделении экстренной помощи (эта тема выходит за рамки книги).

## Клинический случай

Андреа, клиентка с биполярным расстройством, посттравматическим стрессовым расстройством и пограничным расстройством личности, недавно была выписана из стационара после попытки суицида. Она начала проходить психотерапию в условиях дневного стационара. С самого начала Андреа не доверяет своему психотерапевту и проявляет повышенную настороженность. Она сдержанна, не хочет определять цели и все время твердит, что терапия ей все равно не поможет. Андреа часто обижается на своего психотерапевта, приписывая той негативные мотивы и обвиняя в своем дистрессе. Она отказывается выполнять домашние задания и принимать лекарства, назначенные психиатром.

Чтобы определить, как лучше всего лечить “трудных” клиентов, таких как Андреа, важно определить, связаны ли трудности в психотерапии со следующими факторами:

- патология клиента;
- терапевтическая ошибка;
- *внутренние* факторы лечения (вид медицинской помощи, формат терапии и частота сессий);
- *внешние* факторы лечения (наличие органического заболевания, токсичность среды клиента или необходимость дополнительного лечения).

Многие проблемы, описанные в этой книге, связаны с первым фактором: патология клиента. В сложных случаях у клиентов часто наблюдаются устойчивые проблемы во взаимоотношениях с людьми, сложности на работе и в управлении своей жизнью. Обычно такие клиенты имеют крайне негативные мысли о себе и о других и им в целом присуще негативное мировоззрение, сформировавшееся у них в детстве или подростковом возрасте и которого они придерживаются и сейчас. Когда эти убеждения управляют их восприятием, клиенты склонны к крайне дисфункциональному восприятию, ощущениям и поведению — независимо от времени и ситуации, в том числе во время терапевтической сессии. Для психотерапевтов важно заметить активизацию этих убеждений и определить, когда и как необходимо скорректировать терапию в ответ на них. Сложность в работе с клиентами также может возникать вследствие характера их расстройства, например по причине эго-синтонности анорексии или биполярного расстройства из-за биологического влияния на смену настроения. Таким клиентам также необходимо специализированное лечение.

Однако другие проблемы возникают из-за ошибок в самом лечении, когда психотерапевты не придерживаются соответствующим образом терапевтических стандартов. А некоторые проблемы являются результатом сочетания обоих видов проблем. Таким образом, прежде чем выяснить, с чем связаны возникшие сложности (с патологией клиента или с терапевтической ошибкой), необходимо конкретизировать проблему, оценить ее масштабность и частоту возникновения, а также учесть, какие другие факторы могут быть задействованы в терапевтическом процессе. В остальной части этой главы описывается, как:

- определять степень сложности проблемы или проблем;
- учитывать внешние факторы терапевтической сессии;
- распознавать терапевтические ошибки;
- выявлять дисфункциональные убеждения клиентов;
- различать терапевтические ошибки и дисфункциональные убеждения клиентов.

В заключительном разделе будет описано, какие меры предпринимать в первую очередь, чтобы избежать терапевтических проблем.

## Определение степени сложности проблемы

Прежде чем принимать решение, что делать дальше, следует проанализировать проблемы, которые возникают в терапевтическом процессе, для определения степени их сложности и частоты возникновения. Психотерапевты должны задать себе следующие вопросы.

- “Это проблема, которая возникает ненадолго в ходе одной сессии?”
- “Это проблема, которая проявляется на протяжении всей сессии?”
- “Или проблема возникает на многих сессиях?”

Проблемы средней степени сложности необязательно требуют незамедлительного разрешения, по крайней мере изначально. Джордж, ученик средней школы, гримасничал и закатывал глаза в начале первых двух терапевтических сессий. Психотерапевт не придавала особого значения поведению Джорджа. Вместо этого она позаботилась о том, чтобы выразить достаточно эмпатическое отношение к нему и, таким образом, показать ему, что она не собирается, как другие взрослые, контролировать его жизнь. Она также помогла ему установить цели, кото-

рые именно *он* хотел достичь, а не которые кто-то наметил для него. К середине второй сессии Джордж осознал, что его психотерапевт может много в чем ему помочь, и его негативные реакции прекратились.

Некоторые проблемы довольно специфичны и изолированы, и тогда применяют элементарное решение проблемы. Джерри раздражался, когда психотерапевт просил его еженедельно заполнять контрольные перечни симптомов. Вместе с психотерапевтом они достигли компромисса, договорившись, что вместо этого Джерри будет оценивать свое настроение по 10-балльной шкале. Холли нужна была помощь в решении того, как обеспечить уход за ее маленькими детьми во время ее отсутствия, чтобы она могла регулярно посещать сессии и приходить вовремя.

Другие проблемы более комплексны и могут потребовать различных способов решения. Когда психотерапевт попытался помочь Тони оценить ригидные убеждения, клиентка не смогла посмотреть на ситуацию с другой стороны. Ее психотерапевт просто сказал: “Похоже, что это (обсуждение) не очень продуктивно в данный момент. Как насчет того, чтобы пойти дальше (к следующей проблеме повестки дня)?” Боб выглядел расстроенным, когда психотерапевт прервал его в третий раз. Убедившись, что его дистресс действительно связан с этим, психотерапевт извинился и предложил Бобу говорить непрерывно в течение следующих 5–10 минут. В обоих случаях изменение терапевтического плана помогло решить возникшую проблему.

Иногда проблема связана с терапевтической сессией в целом. Люси чувствовала себя хуже к концу сессии, чем когда она только входила в кабинет. Психотерапевт верно объяснил причину дистресса продолжающейся активацией ее глубинных убеждений о своей никчемности. Они договорились выделять последние несколько минут каждой сессии для беседы об одном из интересов Люси (фильмы) для того, чтобы Люси могла заканчивать сессию в состоянии меньшего дистресса. Маргарет выглядела болезненно восприимчивой в первой части терапевтической сессии. В ответ на жалобу клиентки о недостатке сочувствия психотерапевт предложила ей выражать свои чувства более полно, в то время как она (терапевт) будет внимательно слушать и воздерживаться от решения проблемы почти до конца сессии. И опять же, эти трудности были быстро устранены.

Продолжающаяся проблема, которая переходит из сессии к сессии, обычно требует больше времени для обсуждений и поиска путей разрешения, чтобы клиент не прекращал терапию и его состояние улучшалось. Дин постоянно раздражался на своего психотерапевта, полагая, что она пытается его контролировать или оказывать на него давление.

Его психотерапевту понадобилось больше времени и сил для создания доверительной атмосферы, чтобы помочь ему выявить дисфункциональные мысли о ней и научить его более адаптивно на них реагировать; это привело Дина к пониманию проблем в их терапевтических отношениях, вследствие чего он лучше смог отслеживать свои ежедневные проблемы за пределами терапии.

Большинство терапевтических трудностей устраняются путем решения возникших проблем, а также в результате изменений когниций клиентов или смены стратегии поведения психотерапевта. Когда трудности все-таки остаются, важно оценить различные факторы, которые могут препятствовать терапии, о чем написано ниже.

## **Учет внешних факторов, влияющих на терапевтическую сессию**

В то время как одни текущие проблемы относятся к процессу и содержанию терапевтической сессии, другие оказывают свое влияние извне. Ключевые моменты, которые будут рассмотрены ниже, можно представить в виде контрольного перечня.

- Правильно ли подобрана “доза” психотерапии?
  - Клиенту рекомендуется посещать больше сессий? Меньше?
  - Клиенту рекомендуется амбулаторное лечение, дневной стационар или полная госпитализация?
- Правильно ли подобрано медикаментозное лечение?
  - Если клиент не принимает лекарственные препараты, следует ли их назначить?
  - Если клиент принимает лекарственные препараты, совместимы ли они?
  - Выражены ли побочные эффекты?
- Имеет ли клиент недиагностированную органическую проблему?
  - Следует ли направить клиента на медицинский осмотр?
- Подходящий ли формат психотерапии?
  - Клиенту рекомендуется индивидуальная терапия?
  - Групповая терапия?
  - Терапия пар?
  - Семейная терапия?



- Нуждается ли клиент в дополнительном лечении?
  - Следует ли перенаправить клиента к психофармакологу?
  - Духовному наставнику?
  - Диетологу?
  - Консультанту по вопросам карьеры?
- Может ли текущее окружение или рабочая среда клиента влиять на терапевтический процесс?
  - Стоит ли клиенту временно изменить место проживания?
  - Рекомендуются ли клиенту что-то изменить в своей работе?
  - Найти другую работу?

## Объем и вид медицинской помощи, формат лечения и дополнительное лечение

Иногда клиентам не удается достичь достаточного прогресса в улучшении их состояния из-за неподходящего *объема* терапии. Клаудиа, клиентка с обширной клинической картиной, ощутила значительное улучшение своего состояния после того, как психотерапевт побудил ее посещать терапию еженедельно, а не раз в две недели. Дженис, у которой в последнее время значительно ослабли симптомы тревожного расстройства, потребовалось посещать психотерапию менее часто, чтобы иметь возможность применять навыки, которые она освоила, и практиковать их самостоятельно, а не полагаться так часто на своего психотерапевта.

Клиентам может не подходить вид медицинской помощи. Ларри, безработный клиент с быстроциклическим биполярным расстройством и частыми суицидальными мыслями, проходил амбулаторное лечение, но его состояние периодически ухудшалось, и поэтому время от времени он нуждался в дневном стационаре. Кэрол было рекомендовано пребывание в стационарном реабилитационном центре для избавления от наркотической зависимости, прежде чем ее успешно перевели на лечение в условиях дневного стационара.

Для некоторых клиентов может быть подобран неправильный *формат* терапии. Рассел, клиент с депрессией и значительной патологией по оси II, “продвинулся” в терапии быстрее после того как согласился сменить индивидуальную психотерапию на групповую. Он увидел, что переживания людей из его группы похожи на его собственные, и

поэтому они заслуживали его доверия; таким образом, ему легче удавалось оценивать свои мысли и менять дисфункциональное поведение. Элейн, у которой были депрессия средней степени и тревога, наряду с пограничными чертами прошла несколько сессий индивидуальной психотерапии. Ее состояние стало улучшаться значительно быстрее, после того как к психотерапии присоединился ее парень. У Лизы, подростка с оппозиционным расстройством личности, не наблюдалось особых изменений, пока она посещала только индивидуальную психотерапию. При этом Лиза отличалась склонностью обвинять других и отказывалась брать ответственность за свои проблемы. Но когда ее психотерапевт стал чередовать индивидуальные сессии с семейной терапией, состояние Лизы начало улучшаться.

Иногда у психотерапевтов нет специальных навыков, которые необходимы для максимально эффективного лечения, в таком случае следует добавить *специализированное лечение*. Некоторым клиентам существенно помогает привлечение духовных наставников, диетологов и консультантов по вопросам карьеры. Многим клиентам помогает участие в таких группах, как “Анонимные алкоголики”, или других группах самопомощи.

## Биологические интервенции

У многих клиентов, особенно у тех, кто принимает медикаменты в течение определенного периода времени, после *консультации фармакотерапевта* наблюдается улучшение состояния в связи с уменьшением дозировки или замены лекарственного препарата. Джо, глубоко депрессивный клиент, испытывал значительные проблемы со сном. Медикаментозное лечение облегчило его проблему и позволило ему достичь большего прогресса в психотерапии. Шеннон, клиентка с паническим расстройством, принимала высокую дозу бензодиазепенов для уменьшения симптомов тревоги. Она не могла полностью поверить в то, что эти симптомы не опасны, пока не снизила суточную дозу. У Нэнси были седативные побочные эффекты от антипсихотических препаратов, что мешало ей оставаться сосредоточенной на сессиях (и во время выполнения домашних заданий), пока ей не подобрали другое лекарство.

Также клиенты могут иметь *недиагностированные медицинские проблемы*, на которые следует обратить внимание. Если клиент не проходил в последнее время медицинский осмотр, то психотерапевт должен его порекомендовать. Марк проявлял тревогу и раздражительность, значи-

тельно потерял в весе, был эмоционально лабилен и имел проблемы с концентрацией внимания. К счастью, психотерапевт направил его к врачу первичной медицинской помощи, который по анализу крови определил, что вместо депрессии у Марка гипертиреоз. Александра также, казалось, страдала от депрессии. У нее отмечалась потеря интереса почти во всех сферах ее деятельности, понизилась физическая и умственная активность, она не могла спать и набрала вес. Как только врач диагностировал у нее гипотиреоз и назначил соответствующее лечение, ее симптомы уменьшились.

Другие клиенты могут проявлять симптомы, которые выглядят, как признаки определенных психических расстройств, но на самом деле являются следствием эндокринных расстройств, опухоли головного мозга, травмы головного мозга, эпилепсии, инфекций центральной нервной системы, нарушения обмена веществ или нехватки витаминов, а также результатом дегенеративных деменций, цереброваскулярных или других заболеваний (для более детальной информации по этой теме см. *Asaad, 1995*).

## **Изменение окружающей среды**

Иногда окружение клиента настолько вредно, что терапевтическая интервенция должна сочетаться с изменением окружающей среды. Ребекка, тяжело депрессивный подросток с расстройством пищевого поведения, жила с матерью и тремя братьями и сестрами. В доме царил хаос; мать страдала от алкогольной зависимости и подвергала дочь эмоциональному насилию, а сожитель матери избивал девочку. Ребекке никак не удавалось значительно продвинуться в решении своих проблем, пока психотерапевт не настоял на ее переезде к тете. Кен, клиент с быстроциклическим биполярным расстройством, которые он мог контролировать лишь частично, ежедневно испытывал огромные трудности на работе, которая была ему не по силам в периоды обострения его симптоматики. Он становился все более и более тревожным, подавленным и суицидальным. Только когда он устроился на менее сложную работу, он смог прогрессировать в психотерапии.

Когда клиенты сопротивляются изменениям или просто неподатливы, важно определить, не воздействие ли это внешних факторов, которые мы обозначили выше. Решение таких трудностей, а также выявление терапевтических ошибок или дисфункциональных убеждений клиентов, могут быть предельно важными для улучшения состояния клиентов.

# Терапевтическая ошибка или дисфункциональные убеждения клиента

Многие проблемы, которые возникли во время сессий или между ними, связаны с терапевтическими ошибками, дисфункциональными когнициями клиента или их сочетанием.

## Является ли проблема результатом терапевтической ошибки

Даже опытные психотерапевты по неосторожности допускают ошибки. В этой книге описаны следующие типичные промахи.

- Ошибочный диагноз (например, неправильно диагностированное паническое расстройство вместо простой фобии).
- Неправильное формулирование или концептуализация случая (например, ошибочное определение того, что тревога, а не депрессия, является первичной для конкретного клиента, или неправильное выявление глубинных убеждений клиента).
- Неприменение формулирования случая и концептуализации клиента к определению вектора терапии (например, сосредоточение на проблемах или когнициях, которые не являются ведущими в процессе выздоровления клиента).
- Несоответствие терапевтического плана (например, применение терапевтических принципов, рекомендованных при генерализованном тревожном расстройстве, для клиента с обсессивно-компульсивным расстройством).
- Разлад в терапевтическом альянсе (например, психотерапевт не признает, что клиент слишком фрустрируется во время терапевтической сессии).
- Нереалистичный список установленных поведенческих целей (например, цели клиента слишком общие).
- неподходящая структура сессии или темп (например, психотерапевт редко прерывает клиента, чтобы сосредоточиться на более важной проблеме).
- Неверный выбор решений текущих проблем (например, психотерапевт изначально сосредоточивается на травме детства депрессивной клиентки вместо того, что помочь ей стать более эффективной в повседневной жизни).

- Неправильное применение терапевтических техник (например, разработка иерархии экспозиции, в которой первые несколько шагов слишком сложны для клиента).
- Неподходящее домашнее задание (например, психотерапевт предлагает домашнее задание, которое клиент вряд ли сможет выполнить).
- Результаты терапевтической сессии не сохраняются в памяти клиента (например, психотерапевт не записывает для клиента ключевые моменты сессии на бумаге или диктофоне).

Часто психотерапевтам сложно выявить свои ошибки. Прослушивание аудиозаписи терапевтической сессии самостоятельно или с коллегами порой помогает выявить вышеуказанные виды терапевтических ошибок, особенно если при этом слушатель использует “Шкалу оценки когнитивной терапии” (*Young & Beck, 1980*). Эта шкала доступна на сайте [www.academyofct.org](http://www.academyofct.org) вместе с руководством, которое применяется для оценки компетентности когнитивного терапевта в 11 сферах. Однако самостоятельное прослушивание аудиозаписи часто бывает недостаточным; тогда необходим тщательный анализ случая с коллегой или супервизором.

## Относится ли проблема к дисфункциональным убеждениям клиента

О том, как выявить убеждения, которые могут лежать в основе проблем клиента в процессе психотерапии, более подробно речь пойдет в следующих двух главах. Если коротко, вначале необходимо формулировать гипотезы, а затем проверять их вместе с клиентом. Для того чтобы это сделать, психотерапевт может представить себя на месте клиента и задать себе два вопроса.

- “Если я веду себя дисфункциональным образом, то что хорошего происходит?”
- “Если я не буду вести себя дисфункциональным образом, то что плохого может произойти?”

Андреа, клиентка, о которой я рассказывала в начале этой главы, часто обвиняла других в своих проблемах. У нее были такие убеждения.

- “Если я буду обвинять других, мне не придется меняться. Но если я признаю, что я причастна к своим проблемам, мне будет плохо, другие окажутся ни при чем, а мне придется взять ответственность за свои изменения, чего я не смогу сделать в любом случае”.

Андреа крайне осторожно высказывалась на сессиях из-за следующих убеждений.

- “Если я буду избегать ответов на прямые вопросы (моего психотерапевта) или менять тему разговора, со мной будет все в порядке. Но если я откроюсь (моему психотерапевту), я буду чувствовать себя незащищенной и уязвимой, а она осудит меня и отвергнет”.

Третий вид убеждений объясняет постоянную рационализацию Андреа, оправдывающую отсутствие каких-либо изменений в ее поведении. В основе ее регулярного невыполнения домашних заданий скрывались следующие убеждения.

- “Если я буду сохранять статус-кво, мне не будет еще хуже. Но если я попытаюсь улучшить свою жизнь, она станет только хуже”.

Понимание убеждений, которых придерживаются клиенты, часто помогает объяснить причины их дисфункционального поведения. Зачастую необходимы проверка этих убеждений и их изменение, прежде чем у клиентов возникнет желание измениться.

## **Различия между проблемами, связанными с терапевтической ошибкой, и дисфункциональными когнициями клиентов**

Иногда источник проблемы не так очевиден. Ниже приведены некоторые типичные сложности, которые возникают при работе с “трудными” клиентами, а также примеры терапевтических ошибок и дисфункциональных мыслей и убеждений клиентов.

- Клиент не принимает участия в повестке дня.
  - Терапевтическая ошибка: психотерапевт не попросил клиентку (как часть домашнего задания) подумать о том, в решении каких проблем ей больше всего нужна помощь.
  - Когниция клиента: “Это бесполезно обсуждать, так как мои проблемы неразрешимы”.

- Клиент расстраивается, когда психотерапевт его прерывает.
  - Терапевтическая ошибка: психотерапевт слишком часто или неожиданно прерывает клиента, что, соответственно, создает для него дискомфорт.
  - Когниция клиента: “Мой психотерапевт прерывает меня, потому что он хочет меня контролировать”.
- Клиент упорно противостоит мнению психотерапевта.
  - Терапевтическая ошибка: психотерапевт слишком настойчиво выражает свое мнение или заявляет о нем слишком рано для данного этапа терапии, или его взгляды ошибочны.
  - Когниция клиента: “Если я соглашусь с точкой зрения моего психотерапевта, это будет означать, что он победил, а я проиграл”.
- Клиент жалуется на проблемы, вместо того чтобы сотрудничать с психотерапевтом в процессе их решения.
  - Терапевтическая ошибка: психотерапевт недостаточно вовлек клиента в терапию или не направляет его в продуктивное русло решения проблем.
  - Когниция клиента: “Мне не нужно меняться”.
- Клиент невнимателен.
  - Терапевтическая ошибка: в процессе работы психотерапевт не учел особенности клиентов с дефицитом внимания и тех, кто испытывает значительный дистресс.
  - Когниция клиента: “Если я буду слушать своего психотерапевта, я расстроюсь”.

## Как избежать проблем в терапии

Психотерапевты могут свести к минимуму возникновение проблем при условии, что они будут придерживаться основных принципов когнитивной терапии (более подробное описание приведено в *J. Beck, 1995*).

1. Точная диагностика и формулирование случая.
2. Концептуализация случая клиента в когнитивных терминах.
3. Применение когнитивного формулирования и индивидуальной концептуализации для разработки терапевтического плана в ходе сессий и между ними.

4. Построение надежного терапевтического альянса.
5. Установление конкретных поведенческих целей.
6. Применение основных стратегий.
7. Использование передовых стратегий и методов.
8. Оценка эффективности интервенций и терапии в целом.

Эти составляющие кратко приведены ниже и описаны во всех главах книги.

## Диагностика и формулирование

Так как направленность лечения в когнитивной терапии может существенно различаться в зависимости от расстройства, важно провести тщательную клиническую оценку состояния клиента, которая позволит иметь точный диагноз. Например, лечение посттравматического стрессового расстройства будет значительно отличаться от лечения генерализованного тревожного расстройства.

Также очень важно правильно сформулировать клинический случай. Например, в лечении панического расстройства наиболее важными когнициями клиента будут катастрофически неверные интерпретации его симптомов (*Clark & Ehlers, 1993*). В депрессии основной мишенью психотерапии будут отрицательные мысли о себе, о мире и о будущем (*Beck, 1976*). Работая с обсессивно-компульсивным расстройством, важно не столько сосредоточиваться на *содержании* навязчивых мыслей или образов клиентов, сколько изменить их *оценку* своих навязчивых когниций (*Frost & Steketee, 2002; Clark, 2004; McGinn & Sanderson, 1999*). Если психотерапевт применяет общий подход для всех клиентов, не варьируя его в соответствии с индивидуальными потребностями каждого, то его клиенты вряд ли достигнут значительного прогресса. Дополнительную информацию можно найти на сайте [www.beckinstitute.org](http://www.beckinstitute.org).

Психотерапевты также должны знать ключевые данные, влияющие на клиентов и их лечение, например их возраст, уровень физического и интеллектуального развития, культурное окружение, духовные убеждения, пол, сексуальную ориентацию, физическое здоровье, а также жизненный этап, на котором они сейчас пребывают. Например, Миа — азиатка. Ее психотерапевт непреднамеренно усугубил ее состояние, ставя под сомнение ее чрезвычайно глубинные культурные убеждения о необходимости послушания родителям. Психотерапевт Джанет не прочувствовала горя, которое клиентка испытывала, когда ее младший



ребенок ушел из дома, и вместо эмпатии и поддержки попыталась изменить ее мышление, что привело Джанет к мысли, что та не способна на нормальные человеческие реакции. Психотерапевт Кейт не принял во внимание возрастные трудности с памятью и мобильностью своей клиентки и предложил выполнить домашнее задание, которое явно было обречено на провал.

Иногда, еще на этапе диагностического интервьюирования или в начале первой терапевтической сессии, становится ясно, что лечение нужно будет видоизменить. Понимание того, что у Андреа, случай которой я описывала выше, имеется пограничное расстройство личности с выраженными паранойяльными чертами, помогло ее психотерапевту подумать о том, как должно отличаться лечение Андреа от лечения клиента, у которого случился первый эпизод депрессии и у которого нет выраженной патологии по оси II.

Диагностика и формулирование клинического случая должны непрерывно подвергаться пересмотру и дополнению. Например, в начале психотерапии сопутствующий диагноз клиента может быть неочевидным. У Элеоноры, которая страдала от депрессии и панического расстройства, вначале наступили заметные улучшения ее состояния, но затем она как будто “застряла”. Только после того как психотерапевт осознал, что у нее также имеются значительные признаки социальной фобии, и скорректировал ее лечение, у Элеоноры снова наступил прогресс. То же самое произошло и с Родни, который в самом начале снизил дозу принимаемых наркотиков.

## **Когнитивная концептуализация**

Психотерапевты должны непрерывно развивать и совершенствовать когнитивную концептуализацию каждого клиента. Концептуализация, описанная в главе 2, помогает психотерапевтам (и клиентам) понять, почему в данный момент клиент реагирует на ситуации и проблемы именно таким образом, и обозначить основные когниции и паттерны поведения, которые мы нацелены изменить. У клиентов может быть разное количество проблем и проблемного поведения, тысячи автоматических мыслей, десятки дисфункциональных убеждений. Психотерапевты должны уметь быстро определять конкретные когниции и паттерны поведения, которые более других нуждаются в изменениях и которые легче всего поддаются изменениям.

## Терапевтическое планирование на сессиях и между ними

Точное диагностическое формулирование позволяет психотерапевту разработать основной подход к лечению клиента в ходе терапевтических сессий. На индивидуальной сессии четкая, постоянно развивающаяся когнитивная концептуализация случая позволяет психотерапевту сосредоточиться на наиболее важных проблемах клиента, его дисфункциональных когнициях и паттернах поведения. Процесс терапевтического планирования во время сессий описывается на протяжении всей этой книги.

## Создание терапевтического альянса

Для того чтобы эффективно принимать участие в терапевтическом процессе, большинство клиентов должны чувствовать, что у них понимающий, заботливый и компетентный психотерапевт. Но даже когда психотерапевты обладают всеми этими качествами, это может вызвать у некоторых из них негативные реакции, вследствие чего они с подозрением будут относиться к мотивам своего психотерапевта. Иногда психотерапевтам нужно изменять свой стиль, проявляя большую или меньшую степень эмпатии, структурированности, дидактичности, конфронтации, самораскрытия или чувства юмора. Например, независимый клиент может предпочесть более деловые отношения, тогда как социоотропный будет лучше взаимодействовать с теплым и дружелюбным психотерапевтом (*Leahy, 2001*). Способность точно определять, концептуализировать и преодолевать трудности в терапевтических отношениях является весьма важным условием для достижения прогресса у клиентов, что также может помочь им улучшить другие виды отношений, о которых речь идет в главах 4 и 5.

## Определение конкретных поведенческих целей

Одной из важных терапевтических задач является побуждение клиента определять конкретные цели, которых он хочет достичь в результате психотерапии. Многие клиенты вначале заявляют, что хотели бы чувствовать себя более счастливыми или менее несчастными. Но эти цели слишком долгосрочные и общие, чтобы их можно было достичь легко и быстро. В таком случае нужно спросить, что бы клиенты *делали по-другому*, если бы уже были счастливыми, и тогда на достижение этого желаемого поведения и будет нацелена их работа на следующих сессиях.

## Применение основных стратегий

Для психотерапевта также очень важно вовлечь клиента в выполнение основных задач когнитивной терапии, а именно: выявлять автоматические мысли и адаптивно на них реагировать, выполнять домашние задания, заниматься планированием активности (эта задача особенно важна для депрессивных клиентов), а также не избегать ситуаций, в которых клиент испытывает страх (эта задача особенно важна для клиентов с тревожными расстройствами). Психотерапевты, чьи клиенты особенно сопротивляются выполнению таких заданий, могут временно сместить фокус с этих ключевых задач и вместо этого обсудить, что можно сделать для достижения улучшений, или помочь клиентам справиться с дисфункциональными мыслями, которые возникают при постановке этих задач.

## Применение передовых техник

Психотерапевтам часто приходится использовать широкий спектр техник для работы с клиентами. Как правило, это когнитивные и поведенческие техники, техники решения проблем, а также техники, направленные на поддержку клиента и установление межличностных отношений. По своей сути они могут быть разного характера: эмоциональные (например, обучение навыкам управления эмоциями клиентов с высокой реактивностью или усиление аффекта у избегающих клиентов), биологические (например, исключение органической причины симптомов расстройства или помощь клиентам в устранении побочных эффектов медикаментов либо последствий хронических заболеваний), средовые (например, помощь клиенту, который подвергается насилию, в поиске другого места проживания), опытные (например, реструктуризация значения ранней травмы посредством воображения), психодинамические (например, изменение искаженных убеждений клиента в отношении психотерапевта).

Психотерапевтам часто приходится изобретать новые методы по ходу активации эмоционально окрашенных убеждений клиентов или, наоборот, когда клиенты избегают выразить свои эмоции (*Newman, 1991; Wells, 2000*). Иногда могут потребоваться нестандартные подходы, например для того, чтобы выстроить прочный терапевтический альянс или помочь клиенту принять необходимые изменения.

## Оценка эффективности интервенций и терапии в целом

Для того чтобы отслеживать терапевтический прогресс и разрабатывать терапевтический план во время сессий и между ними, необходимо проводить оценку настроения в начале каждой сессии (*J. Beck, 1995*), предпочтительно используя при этом самооценочные методики, такие как “Шкала депрессии Бека” (*Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961*) или “Опросник Бека для подростков” (*J. Beck, Beck, & Jolly, 2000*). Кроме того, важно оценить прогресс самой терапевтической сессии. Для этого применяются стандартные техники, например периодическое подведение итогов во время сессии или измерение интенсивности отрицательных эмоций, которые испытывает клиент, *до* и *после* обсуждения проблемы во время психотерапии (а также определение степени, насколько клиент верит в свои дисфункциональные убеждения). Однако изменения, проявляемые во время сессии, на самом деле не столь важны, если клиент возвращается к тому же негативному мышлению и настроению после сессии или если его привычное поведение не меняется за пределами терапевтических сессий. Важной составляющей оценки того, насколько эффективно продвигается терапия, является определение сути разумного прогресса для каждого отдельного клиента. У многих клиентов, описанных в этой книге, прогресс протекал довольно медленно, но достаточно устойчиво, с периодическими эпизодами регрессии.

## Выводы

Выявление терапевтических проблем, оценка степени их сложности, а также обозначение источника проблем — составляющие искусства когнитивной терапии. Трудности могут быть связаны с внешними (например, токсичное окружение клиента) или внутренними (например, неподходящий вид медицинской помощи) факторами, терапевтической ошибкой (например, неправильное применение методов) или патологией клиента (например, его глубинные убеждения). Иногда необходима внешняя консультация для правильной диагностики проблемы. В этом руководстве предлагаются творческие способы преодоления типичных трудностей. Следующая глава, которая посвящена когнитивной концептуализации, закладывает основу для понимания того, почему возникают проблемы, связанные с патологией клиентов.