

Введение и общий обзор преднамеренной практики и когнитивно-поведенческой терапии

ГЛАВА

1

При описании техник, доступных психотерапевту, часто используется метафора “набор инструментов”. Среди систем психотерапии эту метафору можно считать наиболее подходящей именно для когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), поскольку исторически основное внимание в ней уделялось техническим факторам. Действительно, КПТ присуща техническая эклектика. Клинициста обнадеживает осознание того, что он работает с относительно большим набором инструментов, содержащим множество разнообразных методик. Стажерам интересно изучать и обдумывать выбор и применение этих инструментов в работе с клиентами.

В клинической подготовке кривая обучения имеет очень крутой подъем. Стажер быстро знакомится с широким спектром технических компонентов и принципов, преимущественно в контексте назначенных к прочтению материалов и их обсуждений. Хотя в последние десятилетия появились трансдиагностические модели КПТ [124], отдельные интервенции и протоколы терапии часто по-прежнему остаются связанными с конкретными диагнозами согласно *Диагностическому и статистическому руководству по психическим расстройствам* [1]. Например, изучается не просто экспозиция, а экспозиция для панического расстройства, экспозиция для социального тревожного расстройства, экспозиция для обсессивно-компульсивного расстройства и т.д. Другими словами,

перед стажерами ставится задача изучить широкий спектр технических компонентов, а также рекомендаций по принятию решения о том, когда следует применять или, наоборот, не применять эти компоненты. В процессе обучения стажеры в большинстве случаев довольно рано начинают работать с реальными клиентами. В ходе нашего обучения в аспирантуре ожидалось, что наша индивидуальная минимальная постоянная психотерапевтическая загрузка будет на уровне трех клиентов в неделю. Исключая более специализированную должность клинического ассистента, даже самый “продвинутый” студент редко имеет дело более чем с пятью индивидуальными клиентами в неделю. После завершения обучения в аспирантуре мы отметили, что это относительно распространенный сценарий в программах аспирантуры.

Мысль об одной довольно очевидной недоработке в типичном учебном процессе просто не приходила нам в голову до тех пор, пока мы сами не стали преподавателями, руководящими докторантами. Речь идет о том, что обучение, основанное только на выполнении указанных заданий, приводит к тому, что многие инструменты из изучаемого набора используются редко, а во многих случаях и вовсе не используются. Еще меньше шансов есть в отношении использования аналогичных инструментов с разными типами клиентов. Несмотря на самые лучшие намерения научных руководителей и директоров обучающих клиник, бывает крайне сложно обеспечить разнообразие (с точки зрения представления проблем и характеристик) учебных случаев. Даже когда некоторое разнообразие учебных случаев имеет место, в процессе обучения количество часов психотерапии в определенную неделю или месяц будет ограничено. Кстати, было показано, что в университетских учебных клиниках показатели преждевременного прерывания беременности самые высокие по сравнению с другими лечебными учреждениями по месту жительства [132]. Многие клиенты не задерживаются в учебных клиниках, что еще больше ограничивает возможности реализации стратегий, которые, как правило, совпадают с более “продвинутыми” этапами курса КПТ.

Все это по понятным причинам заставляет стажеров задуматься, смогут ли они когда-нибудь попрактиковаться в применении многих инструментов из того обширного набора, о котором они читали, а также усомниться в своей компетентности, если они смогли реализовать применение определенного инструмента только в одном-двух случаях. Многие инструменты, так сказать, “пылятся у них на полках”, что препятствует развитию соот-

ветствующих навыков, поскольку для этого требуется опыт реального выбора и применения каждого инструмента.

Работа с клиентами имеет решающее значение, однако, на наш взгляд, выполнения только указанных заданий будет недостаточно для развития широкого и глубокого набора навыков. То, чего здесь не хватает, — это возможности проведения поведенческой репетиции с целенаправленной оценкой эффективности и с обратной связью. Использование в процессе обучения методов преднамеренной практики будет способствовать большей частоте и разнообразию возможностей применения различных инструментов. Применение методов преднамеренной практики позволяет устранить определенные пробелы в обучении и профессиональном развитии за счет сосредоточения внимания на отработке дискретных навыков в любой или во всех смоделированных средах, потенциально значимых для психотерапевта (стажера или любого другого). Этот подход не заменит непосредственной работы с реальными клиентами, но преднамеренная практика позволяет расширить доступ к нужным инструментам из общего набора. Например, стажер уже не будет зависеть от того, будет ли ему назначен правильный клиент, чтобы начать развивать компетентность в стратегиях, основанных на фактических данных, с которыми он познакомился в своей курсовой работе или в прочитанных руководствах и рекомендациях. Подобно другим типам параллельных процессов в психотерапии мы, инструкторы, научные руководители и клиницисты, рады появлению преднамеренной практики в наших наборах инструментов обучения.

Общий обзор упражнений по преднамеренной практике

Основное внимание в книге уделяется серии из 12 упражнений, которые были тщательно протестированы и отработаны на основе отзывов преподавателей и стажеров КПТ. Каждое из первых десяти упражнений предназначено для оттачивания важного навыка в КПТ. Последние два упражнения являются более комплексными и состоят из расшифровок сеансов КПТ с примечаниями и импровизированных имитаций терапевтических сеансов, которые помогут практикующим специалистам интегрировать некоторые или все десять основных навыков в более широкие клинические сценарии. В табл. 1.1 представлены все основные навыки, охватываемые представленными в книге упражнениями по преднамеренной практике.

Таблица 1.1. Десять основных навыков КПТ, представленных в упражнениях по преднамеренной практике

Базовые навыки	Навыки среднего уровня	Продвинутые навыки
1. Объяснение обоснования лечения методами КПТ	5. Работа с когнициями	8. Гибкость в приверженности
2. Постановка целей	6. Работа с поведением	9. Реакция на разрыв терапевтического альянса
3. Согласование повестки дня сеанса	7. Работа с эмоциями	10. Реакция на сопротивление клиента
4. Назначение и проверка выполнения заданий между сеансами		

При выполнении всех упражнений стажеры работают в парах под руководством инструктора и разыгрывают роли клиента и терапевта, переключаясь между двумя этими ролями. Каждое из десяти упражнений, ориентированных на навыки, состоит из нескольких сообщений клиентов, сгруппированных по степени сложности — начальная, средняя и высокая — и требующих определенного навыка. В начале обучаемых просят прочитать и усвоить описание навыка, его критерии и некоторые примеры его реализации. Затем стажер, играющий роль клиента, читает сообщения, в которых представлены возможные проблемы и эмоциональные состояния или маркеры клиента. Далее стажер, играющий роль терапевта, реагирует на эти сообщения таким образом, чтобы продемонстрировать наличие у него соответствующего навыка. У терапевтов-стажеров есть возможность предоставить ответ, воспользовавшись тем, который указан в упражнении, или же сымпровизировать и предложить свой вариант.

После того как каждое сообщение клиента и соответствующий ответ терапевта будут отработаны несколько раз, выполнение упражнения останавливается, чтобы стажеры могли получить обратную связь от инструктора. Под руководством супервайзера стажерам будет предложено несколько раз проиграть пары “сообщение–ответ”, продвигаясь вниз по списку. Консультируясь с инструктором, стажеры будут последовательно выполнять все упражнения, начиная с менее сложных уровней и переходя ко все более сложным. Триаде участников (инструктор, клиент, терапевт) предоставляется возможность обсудить каждое упражнение, решить, охватывает ли оно слишком много или слишком мало проблем, и при необходимости скорректировать его в сторону увеличения или уменьшения в зависимости от

сделанной оценки. Для некоторых упражнений предлагаются необязательные модификации, цель которых — позволить стажерам, разыгрывающим роль клиентов, импровизировать, исходя из личного опыта, вместо того чтобы использовать заранее написанные сообщения.

Стажеры, консультируясь с инструктором, могут сами решить, над какими навыками они будут работать и как долго. Основываясь на нашем личном опыте проведения занятий, мы пришли к заключению, что для получения максимальной пользы практические занятия должны длиться от 1 до 1,25 ч. По истечении этого времени стажеры устают и перенасыщаются и им требуется перерыв.

В идеальном случае, выполняя эти упражнения, изучающие КПТ приобретут необходимую уверенность и достигнут желаемой компетентности. Компетентность здесь определяется как способность применять навыки КПТ в гибком стиле и с учетом потребностей клиента. Нами были выбраны именно те навыки, которые считаются наиболее важными при проведении КПТ, а также те, которые практикующим специалистам бывает сложно реализовать.

Навыки, рассматриваемые в этой книге, не являются исчерпывающими в том смысле, что они представляют все инструменты из набора инструментов КПТ. Скорее в книге охвачены лишь многие из важных основных навыков КПТ, некоторые из которых представляют для стажеров особые трудности. В действительности при выборе навыков мы руководствовались собственным восприятием основных навыков, необходимых для компетентной практики КПТ, а также навыков, которые стажеры, особенно новички, с трудом применяют при работе с реальными клиентами. Ниже в этой главе мы также приводим краткую историю КПТ и сжатое описание методологии преднамеренной практики, чтобы объяснить, как мы пришли к их союзу.

Назначение этой книги

Назначение этой книги — помочь стажерам овладеть основными навыками КПТ. Однако проявление этого навыка или компетенции может выглядеть несколько по-разному при работе с разными клиентами или даже во время сеанса с одним и тем же клиентом.

Упражнения по преднамеренной практике КПТ предназначены для достижения следующего.

1. Помочь психотерапевтам развить у себя способность применять навыки КПТ в различных клинических ситуациях.
2. Переместить навыки КПТ в процедурную память [127], чтобы терапевт мог получать к ним доступ даже в том случае, если он устал, находится в состоянии стресса, ошеломлен или обескуражен.
3. Обеспечить проходящему обучение возможность практиковать определенный навык КПТ, используя стиль и язык, соответствующие тому, кто он есть.
4. Предоставить возможность использовать навыки КПТ в ответ на различные высказывания и аффекты клиента. Этот подход был разработан для того, чтобы укрепить уверенность стажера в своей способности применять навыки в широком диапазоне обстоятельств в контексте работы с различными клиентами.
5. Обеспечить обучающемуся терапевту возможность многократно “потерпеть неудачу”, а затем исправить свою “неудачную” реакцию в ходе сеанса КПТ на основе обратной связи от инструктора. Это помогает стажерам развить уверенность в себе и настойчивость.
6. Помочь обучающимся найти собственный стиль обучения, чтобы после завершения формального курса они могли продолжать свое профессиональное развитие еще долгое время.

Кому может быть полезна эта книга

Эта книга предназначена для использования в различных контекстах, в том числе в курсах для выпускников, курсах супервизии, в последипломном обучении и программах повышения квалификации. Ее использование предполагает следующее.

1. Инструктор хорошо осведомлен и компетентен в КПТ.
2. Инструктор способен предоставить хорошую демонстрацию использования навыков КПТ в различных терапевтических ситуациях — с помощью ролевых игр или с использованием множества доступных видеопримеров из области психотерапии [14; 47; 107; 112; 116].
3. Инструктор может предоставить учащимся обратную связь в отношении того, как создать или улучшить их возможности применения навыков КПТ.

4. Стажерам предоставлена соответствующая сопровождающая литература, такая как книги и статьи, объясняющие теорию, освещающие научные исследования и дающие обоснование КПТ в целом и по каждому конкретному навыку в частности. Рекомендуемая литература для каждого навыка приведена в образце учебного плана (приложение В).

Упражнения по преднамеренной практике, описанные в этой книге, были опробованы в 16 учебных заведениях в пределах четырех континентов (Северная Америка, Европа, Австралия и Азия). Владельцы некоторых из этих учебных заведений даже приняли решение перевести предлагаемые здесь упражнения на свой родной язык, чтобы лучше адаптировать их для своих слушателей. Можно утверждать, что эта книга предназначена для инструкторов и стажеров, принадлежащих разным культурам во всем мире.

Эта книга также предназначена для всех, кто проходит обучение КПТ на любых этапах своей карьеры, — от начинающих стажеров, включая тех, кто еще никогда не работал с реальными клиентами, до весьма опытных терапевтов. Во всех упражнениях содержатся рекомендации по оценке и корректировке сложности, чтобы соответствовать потребностям каждого отдельного учащегося. Термин “стажер” в этой книге используется широко и может относиться к любому специалисту в области профессионального обеспечения психического здоровья, который стремится приобрести необходимые ему терапевтические навыки в КПТ.

Преднамеренная практика в психотерапевтической подготовке

Как стать экспертом в своей профессиональной сфере? Что поддается тренировке, а что находится за пределами нашей досягаемости из-за врожденных или неконтролируемых факторов? Подобные вопросы касаются нашего увлечения великими мастерами своего дела и тем, как они сумели достичь такого уровня мастерства. Смесь благоговения, восхищения и даже замешательства окружает таких людей, как Моцарт, Леонардо да Винчи и более современные выдающиеся личности и исполнители, например легенда баскетбола Леброн Джеймс и виртуоз шахмат Гарри Каспаров. Что объясняет их неизменно превосходные профессиональные результаты? Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что количество и качество времени, потраченного на определенный тип обучения, являются ключевыми факторами в развитии опыта практически во всех областях.

“Преднамеренная практика” — это метод, основанный на фактических данных и позволяющий повысить результативность обучения эффективным и надежным образом.

Концепция преднамеренной практики берет свое начало в классическом исследовании Карла Андерса Эрикссона и его коллег [56]. Они обнаружили, что количество времени, затраченное на отработку навыка, а также *качество* затраченного на это времени были ключевыми факторами, определяющими достигнутый уровень мастерства и степень овладения им. Они выявили пять ключевых действий в обучении и овладении навыками: а) выполнение работы под наблюдением; б) получение отзывов от экспертов; в) постановка небольших, постепенно усложняющихся целей обучения, на каждом этапе выходящих за пределы возможностей исполнителя; г) участие в повторяющихся поведенческих репетициях конкретных действий или навыков; д) постоянная оценка эффективности. Эрикссон и его коллеги назвали такой метод обучения “преднамеренной практикой”; этот циклический процесс схематически представлен на рис. 1.1.



Рис. 1.1. Цикл обучения методом преднамеренной практики

Исследования показали, что длительное применение методов преднамеренной практики приводит к достижению высокого уровня профессионального мастерства в самых различных областях, таких как медицина, спорт, музыка, шахматы, компьютерное программирование или математи-

ка [55]. Люди могут ассоциировать преднамеренную практику с широко известным “правилом 10 тыс. часов”, популяризированным Малкольмом Гладуэллом в его книге 2008 года *Outliers*. Несмотря на то что работу Гладуэлла можно считать полезной эвристикой, в ней увековечены два недоразумения. Первое состоит в том, что 10 тыс. — это количество часов целенаправленной практики, которое необходимо любому человеку для достижения мастерства *независимо* от предметной области. На самом деле количество требуемых часов может значительно различаться в зависимости рода занятий [57].

Второе заблуждение заключается в том, что целенаправленная практика на протяжении 10 тыс. рабочих часов *неизбежно* ведет к тому, что человек становится экспертом в данной области. Это недоразумение имеет особенно большое значение в области психотерапии, где опыт работы с клиентами традиционно используется как мера мастерства [119]. Но на самом деле мы знаем, что количество опыта само по себе не определяет эффективность терапевта [65; 67]. Возможно, ключевым фактором здесь является *качество* преднамеренной практики.

Ученые-психотерапевты, признавая ценность преднамеренной практики в других областях, лишь недавно призвали включить этот метод в программу обучения специалистов в области психического здоровья [5; 79; 121; 133; 135]. Однако есть веские причины подвергнуть сомнению аналогии между психотерапией и другими профессиональными областями, такими как спорт или музыка, поскольку по сравнению с ними психотерапия очень сложна и свободна по форме. В спорте всегда есть четко определенные цели, а классическая музыка в своей форме следует письменной партитуре. И напротив, цели психотерапии меняются в зависимости от уникального предъявления каждого клиента на каждом сеансе. Терапевты не могут позволить себе роскошь просто следовать партитуре.

В действительности хорошая психотерапия больше напоминает импровизационный джаз (аналогия Ноа Кагеямы, цитируется по [119]). В джазовых импровизациях сложная комбинация группового сотрудничества, творчества и взаимодействия создается всеми участниками ансамбля. Как и в психотерапии, в джазе не существует двух одинаковых импровизаций. Однако импровизация — это вовсе не случайный набор нот. Она основана на всестороннем теоретическом понимании и технических навыках, которые развиваются только в результате непрерывной преднамеренной практики. Например, известный преподаватель джаза Джерри Кокер в [33]

перечислил 18 различных областей навыков, которыми необходимо овладеть учащимся, в каждой из которых имеется несколько отдельных навыков, включая качество тона, интервалы, аккордовые арпеджио, гаммы, паттерны и фразы. В этом смысле более творческие и искусные импровизации на самом деле являются отражением предыдущего стремления к повторяющейся практике и приобретению навыков. Как выразился легендарный джазовый музыкант Майлз Дэвис, “Вы должны долго играть, чтобы достичь способности играть в своем стиле”.

Основная идея, которую мы стремимся здесь подчеркнуть, состоит в том, что мы хотим, чтобы преднамеренная практика помогла терапевтам, использующим методы и навыки КПТ, стать самими собой. Цель состоит в том, чтобы освоить эти навыки в такой степени, чтобы они всегда были у вас под рукой, когда это потребуется. Практикуйте использование навыков, чтобы сделать их действительно своими. Включите в практику те аспекты, которые кажутся вам подходящими. Постоянная целенаправленная практика, требующая усилий, не должна быть препятствием для гибкости и творчества. В идеале она должна их усиливать. Мы признаем и приветствуем тот факт, что психотерапия — это постоянно меняющееся взаимодействие, и мы ни в коем случае не хотим, чтобы она стала или имела вид шаблонной. Сильные КПТ-терапевты сочетают убедительную интеграцию ранее приобретенных навыков с должным образом настроенной гибкостью. Представленные в диалогах этой книги основные ответы КПТ-терапевта следует понимать лишь как типичные шаблоны или возможности, а не как готовые “ответы” на все случаи жизни. Пожалуйста, интерпретируйте и применяйте их так, как считаете нужным, — таким образом, который имеет смысл для вас и, что наиболее важно, для ваших индивидуальных клиентов. Мы искренне поощряем гибкую и импровизационную игру.

Обучение мастерству на основе моделирования

В преднамеренной практике обучение проводится на основе моделирования [53; 99]. Иначе говоря, стимулирующий материал для обучения представляет собой “придуманные социальные ситуации, имитирующие проблемы, события или условия, возникающие в профессиональных контактах” [99, с. 375]. Ключевым компонентом этого подхода является то, что стимулы, используемые в обучении, достаточно похожи на реальные ситуации. Это облегчает обучение, зависящее от состояния субъекта, при котором профессионалы приобретают навыки в той же психологической

среде, в которой им придется применять эти навыки [61; 126]. Например, пилоты тренируются на авиасимуляторах, демонстрирующих механические неисправности и опасные погодные условия, тогда как хирурги тренируются на хирургических симуляторах, демонстрирующих медицинские осложнения. Тренировка в симуляциях, включающих сложные стимулы, повышает способность специалистов эффективно работать в условиях стресса. В психотерапевтических учебных упражнениях, описанных в этой книге, “симуляторы” — это типичные высказывания клиента, которые могут быть сделаны в ходе терапевтических сеансов, призывающие к использованию определенного навыка.

Декларативное знание в сравнении с процедурным

Декларативное знание — это то, что человек может понимать и о чем может писать или говорить. Чаще всего это фактическая информация, которую можно сознательно воспроизвести в памяти и которая часто усваивается относительно быстро. *Процедурное знание*, напротив, хранится в памяти неявно и “обычно требует повторения действия, а связанное с ним обучение проявляется в улучшении выполнения задачи” ([93], с. 2694, курсив добавлен). *Процедурное знание* — это то, что человек способен выполнять, особенно в условиях стресса [127]. Между декларативным и процедурным знаниями существует большая разница. Например, “диванный защитник” — это человек, который может хорошо разбираться в теоретических положениях игры в футбол, но не способен выйти на поле и играть на профессиональном уровне. Точно так же большинство танцевальных, музыкальных или театральных критиков обладают очень высокой способностью писать о своих предметах, но будут весьма смущены, если их попросят продемонстрировать то, о чем они писали, на практике.

В обучении КПТ разрыв между декларативным и процедурным знанием проявляется, когда стажер или терапевт способен детально изложить взятые из учебника обоснование и методы реализации воздействия, но фактическая реализация им этих знаний начинает разваливаться при работе с очень тревожным человеком или с клиентом, оказывающим сопротивление. **Этот разрыв между декларативным и процедурным знанием и является наилучшим местом для применения преднамеренной практики.** Другими словами, преднамеренная практика должна быть нацелена на те навыки, о которых стажер способен написать хорошую статью, но у него могут возникнуть проблемы при их практическом применении в ходе

работы с реальным клиентом. Мы начинаем с получения декларативного знания посредством теоретического изучения навыков и наблюдения за их выполнением другими. И только после этого, когда необходимые теоретические основы уже заложены, мы с помощью преднамеренной практики работаем над развитием процедурных умений, чтобы терапевты приобрели “автоматический” доступ к каждому из навыков КПТ, которые в дальнейшем они смогут при необходимости использовать в любой момент.

А теперь давайте обратимся к небольшому теоретическому обзору КПТ (декларативное знание), чтобы увязать с контекстом навыка из книги и то, как они вписываются в более общую модель обучения.

Когнитивно-поведенческая терапия

КПТ — это комплекс методов лечения, включающих теорию и методы поведенческой терапии, теорию и методы когнитивной терапии и их комбинацию. Поведенческая терапия была разработана на основе фундаментальных и прикладных исследований теории обучения. Ее клинические применения начались после проведения серии лабораторных экспериментов на животных [146]. Затем последовала так называемая когнитивная революция, в ходе которой основное внимание уделялось когнициям как ключевому опосредующему фактору, объясняющему поведение [12; 50; 68; 101]. С момента введения этих клинических схем и часто имеющей место их интеграции в той или иной степени значительные исследования были сосредоточены на понимании этиологии и поддержания проблем психического здоровья через призму теории поведения/обучения и когнитивной теории [7].

Теория КПТ

Неудивительно, что когнитивные и поведенческие теории подчеркивают важность ассоциаций между когнициями, поведением и эмоциями. Под психопатологией понимают усвоенные схемы (или планы), включающие эти компоненты и вызывающие менее адаптивное поведение и страдания, например, депрессию, тревогу [7]. В КПТ большинство вмешательств направлены на прерывание или модификацию неадекватных поведенческих, когнитивных, эмоциональных и физиологических процессов или изменение патологических убеждений, эмоций и поведения, участвующих в поддержании проблемного поведения [25].

Ранние поведенческие теории [103; 138] постулировали, что психопатология (понимаемая как менее адаптивное поведение) может быть объяснена с помощью классических и оперантных принципов обусловливания. Хотя когнитивные теории все еще связаны с теорией обучения, они сосредоточены на понимании и разработке конструкции когнитивной схемы. Такие проблемы, как сильное депрессивное расстройство, объяснялись в них негативными, ригидными когнитивными схемами, побуждающими людей интерпретировать опыт через негативную, ригидную линзу. Исходя из этого, поведенческая терапия фокусируется на противодействии непредвиденным обстоятельствам и манипулировании ими, а когнитивная терапия фокусируется на реструктуризации ригидных, дисфункциональных интерпретаций и негативных основных убеждений [12]. Теории в рамках когнитивной/поведенческой парадигмы развивались для создания моделей, специфичных для диагноза, в которых предпринималась попытка объяснить кластеры основных симптомов посредством взаимодействия конкретных когнитивных, поведенческих и физиологических паттернов [7; 32].

Эмпирическую традицию КПТ можно наблюдать в упорных попытках проверить и уточнить теории когнитивной/поведенческой парадигмы. Многие из таких обновлений включают в себя современные знания о знакомых основополагающих элементах и процессах, таких как угасание [41], а также результаты науки об эмоциях [6; 9; 19; 118]. Эмпирический статус теорий когнитивной/поведенческой парадигмы устойчив и все еще активно развивается, основываясь на накоплении и анализе результатов из различных областей фундаментальной психологии, экспериментальной психопатологии и прикладных клинических исследований.

Процесс КПТ

Хотя КПТ считается подходом к лечению, ориентированным на метод, здесь необходимо подчеркнуть важность наличия рабочего альянса. Решающее значение развития и поддержания позитивных рабочих отношений в КПТ признавалось на протяжении многих десятилетий [13; 64]. Проведенные исследования также показали, что в КПТ качество рабочего альянса весьма положительное [62; 88]. В межличностном плане позиция КПТ-терапевта является искренней, эмпатической и направленной на сотрудничество [29]. В целом стиль КПТ-терапевта более активен и директивен, что делает важной прозрачность; в частности КПТ-терапевт должен

обеспечить четкую структуру и набор ожиданий в отношении фокуса лечения и того, что будет происходить во время сеансов и между ними. Что касается сотрудничества, то определяющей особенностью здесь является позиция “совместного эмпиризма”, когда КПТ-терапевт работает с клиентом, чтобы выработать научное отношение к опыту и новым навыкам. Хотя качество рабочего альянса в КПТ вряд ли рассматривается как основной механизм изменений в терапии, рабочий альянс в КПТ действительно важен и расценивается как критический стимулирующий фактор [29].

Предполагается, что схемы и структуры страха включают динамически взаимодействующие системы информационных процессов, связанных с поведением, физическими ощущениями, когнициями и эмоциями [63]. Любая или все эти системы могут быть целью лечения, и обычно предполагается, что изменения в одном компоненте опыта влияют на изменения в других (например, поведенческие вмешательства могут способствовать когнитивным изменениям [68]). В соответствии с их поведенческими корнями, понимание среды или контекста, в котором происходят менее адаптивное поведение и опыт, имеет решающее значение. Паттерн ответов прослеживает окружающую среду и контекстуальных предшественников к опосредующим познаниям (оценки и убеждения), а затем к поведенческим реакциям. Поведение избегания (например, уход от ситуации при появлении симптомов панической атаки), предположительно выполняющее функцию отрицательного подкрепления, представляет особый интерес. Процесс разработки рабочей модели таких паттернов поведения обычно называют функциональным анализом поведения. Как только уникальный паттерн “диагностирован”, большинство современных подходов КПТ предусматривает приглашение клиента войти в проблемную ситуацию или обратить на нее внимание, тем самым вызывая и переживая соответствующие эмоции, например, тревогу или страх для облегчения “горячих когниций” или “эмоциональной обработки” [11] и устранение поведения избегания. Эта работа, в значительной степени ориентированная на экспозицию, часто проводится в сочетании со стратегиями когнитивной оценки и переоценки (переоценка мыслей, которые возникли в ситуации), а также с мозговым штурмом альтернативного поведения (например, подвергание опасному опыту и, наоборот, избегание избегания).

В подходах КПТ особое внимание уделяется обучению через опыт, и терапевт работает над созданием возможностей для получения корректирующего обучения опыта [31]. Природа корректирующего обучения может

варьироваться в зависимости от конкретного протокола КПТ. Поведенчески ориентированные терапевты будут подчеркивать экспозицию и устранение избегания (поведенческого, когнитивного, эмоционального), а когнитивные терапевты будут делать упор на проверку прогнозов и мыслей с помощью когнитивной переоценки и поведенческих экспериментов для проверки негативных ожиданий (например, действительно ли произошел воображаемый наихудший сценарий?). На практике существует значительное совпадение с точки зрения того, что делает терапевт и как, предположительно, проявятся изменения, отсюда и использование более широкого термина КПТ. Например, контробусловливание может иметь место как при экспозиции и поведенческих экспериментах, так и при нарушении ожиданий [41].

Хотя среди конкретных протоколов КПТ имеет место вариабельность, большинство форм КПТ включают такие основные компоненты, как психообразование, мониторинг опыта, когнитивная переоценка, экспозиция и домашние задания. Тип воздействия (например, *in vivo* или воображаемое) и использование других часто применяемых стратегий, таких как поведенческая активация, в большей степени зависит от клиента и характера имеющейся проблемы. Возвращаясь к метафоре с набором инструментов, выбор конкретных техник зависит от клиента. Решения принимаются на основе формулировки рабочего случая (функционального анализа) с особым вниманием к поддерживающим факторам [60]. Следует подчеркнуть важность индивидуальной формулировки случая. Использование руководств по терапии, которые обычно ассоциируются с традицией КПТ, подвергалось критике из-за понимания того, что руководства продвигают строго стандартизированный, универсальный подход к лечению. Руководства могут обеспечить связную структуру и служить полезным путеводителем, однако методы КПТ предназначены для идиографического применения к каждому отдельному клиенту.

Это стало почти клише, но подход КПТ действительно стимулирует способность клиента стать терапевтом самому себе. Следовательно, для клиента очень важно иметь возможность применять те концепции и навыки, которые он усвоил во время сеанса (и с терапевтом), в своей повседневной жизни, вне сеансов терапии. Кроме того, обобщаемость обучения на сеансах потенциально ограничена, если нет возможностей применения его результатов в различных рутинных контекстах. Практика в реальных условиях очень важна, и это подчеркивает важность самостоятельных

действий клиента между сеансами (т.е. домашних заданий). Исследования продемонстрировали значительную положительную связь между использованием домашних заданий и результатами КПТ [86; 87]. То же самое утверждается и в [25, с.107].

Использование домашнего задания в КПТ напоминает изучение нового языка. Нужно погрузиться в язык, если необходимо научиться свободно говорить на нем в трудных ситуациях. Хотя сеансы терапии могут дать основы грамматики и словарного запаса языка, только используя его при каждой возможности, можно по-настоящему овладеть этим языком и быть в состоянии независимо применять его даже спустя долгое время после лечения.

За последние 60 с небольшим лет парадигма КПТ накопила значительную эмпирическую поддержку. Несмотря на различия в акцентах (например, поведенческий, когнитивный или их комбинация) и конкретном наборе методов, имеющиеся данные поддерживают использование КПТ для решения широкого спектра проблем [106]. Также по-прежнему прикладываются постоянные усилия по оценке того, что работает в рамках КПТ и как это можно улучшить. С этой целью мы завершаем данный раздел, предоставляя читателям некоторый дополнительный контекст для навыков, рассматриваемых в этой книге.

С целью сохранения соответствия своим эпистемологическими корням для КПТ вполне естественно развиваться в ответ на теоретические, эмпирические и практические разработки. Одним из подобных примеров является разработка и тестирование трансдиагностических подходов КПТ. Хотя в трансдиагностические подходы интегрировано большинство основных элементов “традиционных” протоколов КПТ, некоторые элементы, возможно, являются менее традиционными, а общее целое больше или по крайней мере несколько отличается от суммы своих частей. Так, например, в недавно разработанные протоколы КПТ были интегрированы стратегии осознанности. В некоторых случаях теория и практика осознанности более органично интегрируются в широко ориентированную на КПТ модель, например в диалектическую поведенческую терапию [96]. В других случаях осознанность можно рассматривать как “дополнительный” компонент или модуль к стандартному протоколу КПТ. Совсем недавно исследователи разработали и протестировали интеграцию в КПТ стратегий мотивационного интервьюирования [143]. Эта работа привлекла внимание к конструктам, которым исторически уделялось меньше внимания в КПТ, таким

как сопротивление клиента и амбивалентность к изменениям, а также отзывчивое использование терапевтом позиций и стратегий, ориентированных на клиента.

Кроме того, в последние годы более явное и детальное внимание со стороны исследователей и клиницистов КПТ привлекла важность рабочего альянса. На самом деле многие разработки в работе по устранению разрыва альянса и ориентированном на рабочий альянс обучении происходили именно в контексте КПТ [58]. Наконец, Самойлов и Голдфрид в [122] доказали важность эмоций в КПТ и предположили, что 2000-е годы будут десятилетием эмоций для этого направления. Оглядываясь назад, можно сказать, что это предположение было вполне пророческим, поскольку в последние десятилетия КПТ стала более явно фокусироваться на эмоциях. Яркий тому пример — выпуск такой публикации, как *Единый протокол лечения эмоциональных расстройств* [10; 11]. Единый протокол является трансдиагностическим, интегрирует в себя осознанность, использует модульный подход к лечению (включая модуль, посвященный повышению мотивации) и в значительной степени фокусируется на эмоциях.

Сказанное выше не претендует на то, чтобы быть исчерпывающим списком или анализом современных версий или элементов КПТ. Эти примеры предназначены скорее для обеспечения контекста для остальной части данной книги. Хотя она во многом задумана как публикация в рамках КПТ, “это не КПТ ваших бабушек и дедушек”. Мы восприняли современный “дух” КПТ, сфокусированной на эмоциях и не уклоняющейся от таких терминов, как *сопротивление*, *амбивалентность*, *отзывчивость* и *альянс*. Мы рассматриваем эти концепции и элементы как полностью совместимые с парадигмой КПТ и воспринимаем их как новые пути усиления ее воздействия.

Методы преднамеренной практики особенно хорошо подходят для парадигмы КПТ, поэтому разработки в данной области очень интересны. Ученые и практики КПТ, возможно, в большей степени, чем в любой иной системе психотерапии, работали над выделением и систематизацией технических навыков и связанных с ними областей компетентности. Эклектичная природа технического репертуара этой парадигмы также соответствует подходу к обучению, который отдает приоритет разбиению процессов на удобоваримые, значимые элементы (конечно, в конечном счете связным образом, который согласуется с обоснованием и планом лечения). Элементарная природа определенного навыка прекрасно сочетается с основными особенностями преднамеренной практики, такими как

постановка последовательности постепенно усложняющихся целей, находящихся в зоне ближайшего развития, и участие в повторяющихся тренировках навыков. Это общие характеристики любого процесса обучения, и КПТ-клиницистам не нужно заглядывать вперед дальше их типичного амбулаторного сеанса, чтобы подчеркнуть этот момент. Терапевты во время первого сеанса КПТ-терапии не “тыкают клиента носом” в разбитую кухонную раковину, не назначают ремонт кухни в качестве домашнего задания и не переходят к ремонту ванной на следующей неделе. Вместо этого все концепции и навыки разбиваются на удобоваримые единицы, поскольку повторение способствует обучению и подкрепляет его. Более того, для каждого клиента корректировка интенсивности обучения и сложности заданий производится на основе тщательного наблюдения и обратной связи. Те же принципы можно применить и к обучению терапевтов, что делает их отличным дополнением к методам преднамеренной практики.

С другой точки зрения, можно сопоставить методы преднамеренной практики обычным подходам к обучению. Выражаясь яснее, мы не рассматриваем различные подходы к обучению КПТ как взаимоисключающие; скорее мы рассматриваем их как дополнительные. Например, даже имея прочную основу из курсовой работы и практического применения КПТ, может быть довольно сложно продолжать “изучать” КПТ по руководствам по терапии, исходя лишь из личного опыта. Я (Джеймс Босуэлл), по общему признанию, люблю руководства по терапии и широко ими пользуюсь. Однако большинство руководств изначально пишутся для того, чтобы их можно было применить к реальным клиентам, они вовсе не предназначены в первую очередь для обучения терапевтов, особенно начинающих (это утверждение не является критикой, поскольку мы полагаем, что оно не будет восприниматься как спорное разработчиками руководств). Однако наш опыт показывает, что эти руководства часто используются в качестве *основного* учебного пособия и что этапы тестирования и проб и ошибок в применении элементов руководства проходят при участии реальных клиентов. Подход с преднамеренной практикой предлагает парадигму использования тех же самых элементов и их применения в тренировочных симуляциях, допускающих многократное повторение, обратную связь и корректировки. Что касается конкретно этой книги, здесь также есть возможность попрактиковаться, причем вне “прайм-тайма”, в том, как реагировать, когда что-то идет не так, как планировалось, что бывает достаточно часто (см. главу 3).

Когнитивно-поведенческие навыки в преднамеренной практике

В предыдущем разделе было дано краткое введение в КПТ, в котором подчеркивалось, что методы преднамеренной практики особенно хорошо подходят для парадигмы КПТ. В этом разделе описывается классификация различных навыков КПТ и в общих чертах представлены те навыки, которые будут в центре внимания в упражнениях по преднамеренной практике, предлагаемых в этой книге. Кроме того, особое внимание здесь обращается на важность в КПТ основных коммуникативных функций, таких как выражение эмоций и невербальное поведение.

Классификация навыков КПТ

В ранних работах предполагалось, что группу навыков под общим названием “технические факторы КПТ” можно разделить на разные категории. В когнитивной терапии депрессии различались *конкретные* и *абстрактные* функции когнитивной терапии [46; 59]. Конкретные функции включали, помимо прочего, определение повестки дня сеанса и следование ей, назначение и проверку выполнения домашних заданий, маркировку когнитивных ошибок, изучение доказательств убеждений и просьбу клиентов контролировать себя и записывать свои мысли. Абстрактные функции включали, помимо прочего, рассмотрение связи между мыслями и чувствами, обоснование когнитивной терапии, изучение основных предположений и обсуждение содержания сеанса. Эти функции были извлечены из шкалы оценки психотерапии по результатам совместного исследования (CSPRS — Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale [81]), которая была разработана для проведения различия между сеансами когнитивной терапии и альтернативными моделями психотерапии.

Аналогичные оценки строго соблюдения требований и компетентности КПТ предоставили дополнительные рекомендации. Мьюз и Макманус в своем всеобъемлющем обзоре литературы [105] определили более 60 критериев точности КПТ. Безусловно, наиболее часто используемым критерием была шкала оценки когнитивной терапии (CTRS — Cognitive Therapy Rating Scale [147]). Согласно этой шкале категории навыков прежде всего делятся на *общие терапевтические* (например, межличностная эффективность/сотрудничество) и *специфические для КПТ* (например, сосредоточение внимания на ключевых познаниях и поведении, когнитивное

осмысление). Валлис и соавторы в [136] дали обоснование для фактора общей компетентности, но также отметили второй фактор, который, по-видимому, больше связан со “структурой” сеанса, такой как определение повестки дня, управление временем и сеансом, а также назначение и проверка выполнения домашних заданий.

В конечном счете теоретики и исследователи не смогли предоставить общепризнанную факторную модель для шкалы оценки когнитивной терапии (CTRS), однако в более поздних работах показано, что единый глобальный фактор компетентности в КПТ лучше всего подходит для проверки компетентности в когнитивной терапии на межтерапевтическом уровне, который, возможно, наиболее актуален для сферы обучения и сертификации [66].

Несмотря на эти неоднозначные результаты, мы использовали предыдущие работы по оценке компетентности как руководящий материал при выборе навыков и их категоризации, одновременно принимая во внимание дополнительные факторы. Например, хотя шкала CTRS широко использовалась в исследованиях, практике и обучении как когнитивной терапии, так и КПТ, изначально она была разработана для когнитивной терапии и ее пункты, по понятным причинам, более естественно согласуются именно с этим конкретным подходом. Большинство существующих показателей точности КПТ были разработаны специально для когнитивной терапии, поведенческой терапии или КПТ и ориентированы на конкретный диагноз или набор диагнозов в рамках одного общего класса (например, тревожные расстройства). Для улучшения обобщаемости наша цель состояла в том, чтобы сосредоточиться на навыках, охватывающих когнитивную терапию, поведенческую терапию и КПТ (включая как традиционные, так и современные ее стили), и принять трансдиагностический подход.

В конце концов, мы концептуально пришли к выделению следующих групп навыков: *а)* базовые (или структурные) навыки КПТ для начинающих; *б)* общие навыки КПТ среднего уровня, ориентированные на решение проблем; и *в)* продвинутые навыки повышенной гибкости в рамках точности КПТ [91]. Принимая все это во внимание, мы отнесли к базовым структурным навыкам: *а)* объяснение обоснования лечения клиента методами КПТ; *б)* установление целей лечения; *в)* обсуждение повестки дня сеанса; и *г)* назначение и проверка выполнения заданий между сеансами (т.е. домашнее задание). Эти структурные навыки почти всегда включаются в показатели точности КПТ в контролируемых исследованиях, в обучении и сертификации.

В свою очередь, мы приняли, что: *а)* работа с когнициями; *б)* работа с поведением; и *в)* работа с эмоциями — это общие навыки КПТ среднего уровня, ориентированные на решение проблем. Вы, вероятно, заметите, что эти навыки фокусируются вокруг терапевта, а не конкретной техники. Для целей данной книги названия этих навыков были преднамеренно выбраны более широкими, чем конкретные навыки психотерапии, такие как экспозиция, сократический диалог, тренировка релаксации или внимательность. Примечательно, что в подходе преднамеренной практики даже эти конкретные навыки, вероятно, слишком широки. Например, “проведение экспозиции” — довольно сложное вмешательство. Оно включает в себя, среди прочего, предоставление обоснования, установление иерархии, определение ожиданий, повторное применение стимулов, мониторинг и подведение итогов. Подробно упражнения на развитие каждого из этих навыков (работа с когнициями, работа с поведением и работа с эмоциями) описаны позже. Тем не менее здесь мы отметим, что необходимое разнообразие обстоятельств для реализации более специфических навыков (например, управляемого исследования) представлено разнообразием стимулирующих воздействий на клиентов в каждом из упражнений в этой книге. Иначе говоря, вместо того чтобы создавать отдельное упражнение для терапии экспозицией, многие стимулы в упражнении по работе с поведением потребуют от клиента реакции, ориентированной на экспозицию, — в дополнение к другим типам поведенчески ориентированных реакций (например, контроль стимулов, планирование деятельности).

Наше ироничное определение третьей категории навыков, рассматриваемых в этой книге (“гибкость в рамках точности”; все они считаются продвинутыми навыками), — это то, что нужно делать, когда КПТ начинает “сходить с рельсов”. В частности, навыки в этой категории сосредоточены на реализации КПТ перед лицом тупиковых ситуаций или препятствий, возникающих на пути ее реализации. Они включают: *а)* реализацию гибкости при соблюдении верности; *б)* реакцию на разрыв терапевтического альянса; и *в)* реакцию на сопротивление клиента. В конечном итоге эти навыки направлены на то, чтобы помочь стажерам научиться поддерживать последовательную, обеспечиваемую совместными с клиентами усилиями рабочую среду КПТ перед лицом возникающих трудностей, проявляя при этом гибкость и адаптированную отзывчивость, соответствующие состоянию клиентов, в котором они находятся на сеансе или при установленном лечении.

Навыки КПТ, представленные в упражнениях 1–10

В этом разделе кратко описаны навыки, представленные в упражнениях по преднамеренной практике, и выделены все важные замечания и рекомендации по каждому навыку, которые будет полезно иметь в виду и инструкторам, и обучаемым. Навыки сгруппированы по уровню сложности (базовый, средний и продвинутый), а их порядок соответствует порядку следования упражнений в части 2 книги.

Базовые навыки

Упражнение 1. Объяснение обоснования лечения методами КПТ. Объяснение основных причин применения КПТ является важным навыком, помогающим правильно начать терапию [92]. По нашему опыту, после некоторой базовой курсовой работы по теории и применению КПТ стажеры уже могут дать хорошее объяснение модели КПТ и ее обоснование в том виде, в каком оно приведено в учебнике. Однако предоставить реальному клиенту убедительное обоснование целесообразности применения КПТ в его случае — это совсем другое дело. Важно отметить, что полезность навыка обоснования основных причин не ограничивается первым сеансом с клиентом, терапевты должны чутко поддерживать обоснованность лечения на протяжении всей терапии, что будет способствовать сохранению сотрудничества в терапевтических отношениях и развитию плана лечения [40].

Хотя установление и поддержание духа сотрудничества имеет решающее значение, первые сеансы носят в основном дидактический характер. На этом этапе клиенту необходимо представить общую модель КПТ и дать первоначальную рабочую формулировку с этой точки зрения, что позволит перейти к предварительному описанию и обсуждению задач и целей проводимого лечения. Важным звеном в формулировке задач лечения является описание основной структуры лечебного сеанса (сеансов) — того, как будет проходить время, совместно проведенное клиентом и терапевтом, например информация о том, что все сеансы будут начинаться с определения повестки дня (проводимого терапевтом в сотрудничестве с клиентом). Создание обоснованной и ориентированной на цели рабочей среды на первом сеансе (сеансах) делает ставку на важность восприятия клиентом основных причин лечения, а также облегчает выполнение задач и укрепляет ожидание положительных результатов лечения.

Терапевты могут использовать этот навык без подсказки или в ответ на вопросы клиентов относительно того, как работает КПТ, какие методы используют терапевты КПТ и что будет происходить на сеансах. Как и многое в КПТ, объяснение обоснования лечения не является разовым событием; скорее его следует использовать по мере необходимости, возможно, особенно в тех случаях, когда клиент испытывает замешательство или сомнения в отношении элементов модели КПТ. Предоставление обоснования лечения, установление четких рамок и обращение к научным данным являются универсальными отличительными особенностями протоколов КПТ, основанных на доказательствах. Результаты метаанализа также подчеркивают важность для исхода лечения продвижения ожиданий клиентов в отношении раннего положительного результата лечения [39] и восприятия достоверности лечения [35].

Упражнение 2. Постановка целей. КПТ — это целенаправленный подход. Постановка общих целей и задач лечения уже на раннем этапе не только способствует появлению позитивного рабочего альянса и совпадающим ожиданиям (и то, и другое может способствовать достижению хороших результатов), но также обеспечивает индивидуальную “дорожную карту” лечения. Трудно ориентироваться в путешествии, когда пункт назначения неизвестен. Успешной навигации к долгосрочным целям помогает установление краткосрочных и среднесрочных целей. Кроме того, некоторые исследования показали, что раннее согласие участников в отношении целей и задач лечения особенно важно для достижения хороших результатов КПТ [139].

Хотя терапевты должны использовать этот навык в начале курса КПТ, подобно объяснению основных причин, уделение внимания целям и задачам и их обсуждение не является мероприятием единичным или проводимым исключительно на ранних этапах лечения. Даже если на данном сеансе эта тема явно не затрагивается, цели и задачи неизменно сохраняют свои позиции на заднем плане. Более того, они могут потребовать пристального внимания и по мере прохождения лечения, например когда клиент овладевает навыком и предпочитает переориентироваться на что-то другое или когда прогресс застопорился или вовсе не был достигнут. Кроме того, постановка целей — это не тот навык, который терапевт “предоставляет” только со своей стороны; скорее это типично совместное занятие (что наиболее полезно). Большая часть данного навыка заключается в том, чтобы суметь договориться с клиентом о персонализированных целях КПТ,

важных для него, а также о соответствующей схеме (персонализированное обоснование) и согласованных с поставленной целью задачах.

Упражнение 3. Согласование повестки дня сеанса. Согласование повестки дня — важный навык, помогающий правильно организовать сеанс и прояснить ожидания от встречи, а также способствующий дальнейшему сотрудничеству по конкретным целям и задачам. Кроме того, некоторые исследования показали, что отдельные методы, такие как определение повестки дня сеанса, однозначно связаны с уменьшением симптомов при КПТ [46].

Терапевты должны использовать этот навык в начале большинства сеансов КПТ. Однако, как и в большинстве случаев КПТ, определение повестки дня сеанса не является единичным событием; скорее это основа для общей сессии и управления временем, и может потребоваться внимание в различные моменты сеанса. Более того, это типично совместное занятие (что наиболее полезно). Вклад клиента в повестку дня должен запрашиваться непосредственно. Большая часть данного навыка заключается в том, чтобы суметь договориться с клиентом о персонализированных повестках дня КПТ, важных для него и включающих в себя цели, для достижения которых он, хотя бы до некоторой степени, мотивирован работать в данный момент. Если случится так, что обсуждение повестки дня будет идти в направлении, несовместимом с установленной схемой и планом лечения, терапевту, возможно, придется прибегнуть к некоторым из более продвинутых навыков, описанных в этой книге (см. упражнения 8–10).

Упражнение 4. Назначение и проверка выполнения домашних заданий между сеансами. Практика и самостоятельные занятия клиента между сеансами (т.е. домашнее задание) — важнейшая особенность КПТ. Важность выполнения домашних заданий исследовалась достаточно тщательно, и собранные данные указывают, что они являются важной предпосылкой получения хороших результатов в КПТ [85; 87]. Занятия между сеансами способствуют процессу корректирующего обучения — как во время сеансов КПТ, так и вне их. Более того, работа вне сеансов способствует обобщению и помогает клиенту стать терапевтом для самого себя. Хотя выполнение домашних заданий, безусловно, может являться сложной задачей для клиентов, существует общее ожидание, что некоторые формы домашних заданий будут включены в большинство сеансов. Таким образом, при социализации клиентов в КПТ важно установить это ожидание и обсудить любые вопросы или опасения, которые могут возник-

нуть у клиента. В частности, терапевты должны подчеркивать тот факт, что домашние задания могут помочь обобщению навыков, полученных в ходе терапии, и опыта терапии в повседневной жизни клиента вне терапевтического сеанса.

Учитывая его повсеместное распространение, мы рассматриваем назначение и проверку выполнения домашних заданий как начальный, базовый навык. При следовании типичной повестке дня в конце каждого сеанса должно выделяться время для совместного определения действий клиента между сеансами, таких как мониторинг переживаний и полученного опыта, поведенческие эксперименты, экспозиции или соответствующие чтения. В свою очередь, в начале следующего сеанса выделяется время для проверки домашнего задания предыдущего. Также важно адаптировать все задания к каждому отдельному клиенту.

Навыки среднего уровня

Упражнение 5. Работа с когнциями. Как официально принято считать, в КПТ сочетаются когнитивные и поведенческие стратегии. Даже в более строгих поведенческих подходах к лечению, таких как поведенческая активация, важность когний сохраняется. Направляемое открытие — важный процесс когнитивной работы, в котором терапевт помогает клиентам найти собственное понимание и способы решения личных проблем. Чтобы облегчить этот процесс, клиницисты КПТ часто используют когнитивный метод под названием “сократический диалог”.

По нашему опыту, может быть проще сначала описать метод направляемого открытия (и сократический диалог) как то, чем он не является (или, по крайней мере, для чего он не предназначен). Так, направляемое открытие — это, например, не сообщение клиентам, что их мышление ошибочно, и не уговаривание их изменить свои убеждения. Это также не серия вопросов “почему”, которые подразумевают текущую проблему или иррациональность в мыслях, эмоциях или поведении. Скорее, в духе коллаборативного эмпиризма, направляемое открытие включает помощь клиентам в сборе соответствующей информации, ее изучении различными способами (без осуждения со стороны терапевта) и разработке индивидуального плана того, что с этим делать. Другими словами, цель работы с когнциями состоит не просто в том, чтобы сказать клиентам, чтобы они думали по-другому, или указать на недостатки; скорее это обучение клиентов процессу оценки их собственного опыта и определению последующих действий на

основе этой саморефлексии. В соответствии с более современными взглядами в КПТ на работу с когнициями [11] мы рассматриваем содействие когнитивной гибкости клиента как главную цель работы с когнициями.

Кроме того, поскольку в большинстве методов лечения часто используется сочетание когнитивных и поведенческих стратегий, стажерам и инструкторам важно постоянно помнить о контексте упражнения по преднамеренной практике. В зависимости от характера индивидуального лечения, а также от предпочтений и ожиданий клиента и терапевта, одно и то же высказывание клиента в разных ситуациях предположительно может быть встречено ответом терапевта, ориентированным на когнитивные, поведенческие или эмоциональные реакции, — все это остается под общей эгидой КПТ. Следовательно, нельзя считать “неправильным”, когда стажер инстинктивно сосредоточивается на поведении, работая над упражнением по когнитивным навыкам. Тем не менее мы настоятельно рекомендуем стажерам и инструкторам работать в рамках интересующего их навыка, т.е. даже если общее предпочтение или инстинкт призывают к тому, чтобы сосредоточиться на поведении, при работе с когнитивными стимулами важно уделять первоочередное внимание когнициям. Важной информацией является признание того, что для некоторых стажеров практика такой узкой направленности будет более сложной; возможно, они развивают свой стиль в направлении более поведенчески ориентированного КПТ-терапевта. Отлично! Одновременно это означает, что эти стажеры должны наращивать и свои когнитивные “мускулы”, чтобы стать более разносторонними КПТ-терапевтами.

Упражнение 6. Работа с поведением. Даже в более строго когнитивных подходах к лечению явная работа с поведением остается такой же важной (например, проведение поведенческих экспериментов). Работа с поведением строится на принципах классического и оперантного обусловливания, которые переводятся в довольно эклектичный набор стратегий. Поведенческие вмешательства могут быть сосредоточены на antecedентах, самом поведенческом репертуаре (включая дефицит навыков), непредвиденных обстоятельствах и последствиях в зависимости от характера имеющейся проблемы. Поведенческие стратегии могут включать среди прочего экспозицию, контроль стимулов, планирование деятельности, управление непредвиденными обстоятельствами и обучение поведенческим навыкам.

Выбор подходящей поведенческой цели и вмешательства может сильно различаться для разных клиентов, причем даже в пределах якобы схожих

проблемных областей, что требует идиографического подхода. Учитывая потребность в идиографическом подходе и разнообразии навыков и стратегий, которые можно включить под эгиду поведенческого подхода, мы не в состоянии рассмотреть их все в этой книге. Поэтому мы сосредоточились на более широком подходе к работе (или нацеливании на поведение), а также на применении принципов обучения для облегчения процессов изменений в более широком смысле.

И вновь, стажерам и инструкторам важно помнить о контексте конкретного упражнения по преднамеренной практике. В зависимости от характера индивидуального лечения, а также от предпочтений и ожиданий клиента и терапевта, одно и то же высказывание клиента в разных ситуациях предположительно может быть встречено ответом терапевта, ориентированным на когнитивные, поведенческие или эмоциональные реакции, — все это остается под общей эгидой КПТ. Поэтому нельзя считать “неправильным”, когда стажер инстинктивно сосредоточивается на когнициях, работая над упражнением по поведенческим навыкам. Тем не менее мы настоятельно рекомендуем стажерам и инструкторам работать в рамках интересующего их навыка, т.е. даже если общее предпочтение или инстинкт призывает к тому, чтобы сосредоточиться на когнициях, при работе с поведенческими стимулами важно уделять первоочередное внимание поведению. Важной информацией является признание того, что для некоторых стажеров практика такой узкой направленности будет более сложной; возможно, они развивают свой стиль как более поведенчески ориентированного КПТ-терапевта. Отлично! Одновременно это будет означать, что эти стажеры должны наращивать свои поведенческие “мускулы”, чтобы стать более разносторонними КПТ-терапевтами.

Упражнение 7. Работа с эмоциями. Способность терапевта вызывать эмоции клиента, толерантно к ним относиться и эффективно с ними работать критически важна в КПТ. Более того, работа с эмоциями подразумевает помощь клиенту в проявлении терпимости к его собственным эмоциям и вызываемым этими эмоциями страданиям, например в случае применения экспозиции. Экспозиция является мощным, но часто весьма интенсивным вмешательством как для клиента, так и для терапевта. Также, помимо вмешательств, основанных на экспозиции, современные модели КПТ по-разному обращаются к эмоциям, часто с целью уменьшения связанного с эмоциями избегания [11; 19]. Возможно, было бы более интуитивно думать об этом навыке как о помощи клиентам в работе над

своими эмоциональными переживаниями и их обработкой, однако эмоции выполняют как межличностные, так и внутриличностные функции, и исследования показывают, что эмоциональная экспрессия как клиента, так и терапевта связана с результатом лечения [115].

Таким образом, решение осуществить экспозицию или работать с эмоциями, чтобы решить проблему избегания эмоций другими способами, зависит от умения терапевта толерантно переносить неизбежный дискомфорт, часто связанный с такими фокусами. Трудности с этим навыком могут привести к тому, что терапевт будет неадекватно избегать использования этого потенциально мощного вмешательства и/или укреплять избегание клиента и, таким образом, поддерживать существующую у клиента проблему (проблемы). Следовательно, практическая отработка данного навыка может помочь терапевтам обойти этот довольно типичный, понятный и непреднамеренный процесс отрицательного подкрепления.

Продвинутые навыки

Упражнение 8. Гибкость в приверженности. Несмотря на то что имеющиеся данные не демонстрируют последовательной линейной зависимости между приверженностью терапии и исходом лечения, существуют как прямые, так и косвенные доказательства важности поддержания последовательной схемы лечения [21]. Кроме того, среди большого разнообразия методов КПТ в концепции доказательного лечения доказательства, подтверждающие важность какой-либо конкретной техники, неоднозначны [43]. Есть некоторые свидетельства того, что приверженность лечению согласуется с историей Златовласки [98]. Крайние концы континуума приверженности кажутся проблематичными, т.е. жесткая приверженность и бессистемный эклектизм (или отсутствие работы по последовательной схеме). Полученные данные “идеально” подчеркивают важность гибкости в рамках точности [91]. Другие авторы при рассмотрении гибкой практики проводят различие между совместимыми и несовместимыми с точностью модификациями конкретного протокола лечения. Например, следуя руководству по КПТ, терапевт может принять метод, который конкретно не включен в разработанный протокол, но принятый метод по-прежнему согласуется с более широкой моделью КПТ (модификация, согласующаяся с точностью). И наоборот, несовместимые с точностью модификации представляют собой принятие методов, которые несовместимы с более широкой моделью КПТ. Оставив в стороне аргументы о том, что при бли-

жайшем рассмотрении некоторые приемы, которые изначально кажутся уникальными для конкретной модели, могут таковыми не быть [26], в этом навыке мы сосредоточились на том, что мы называем “модификацией или гибкостью, согласующейся с точностью”. Иными словами, речь здесь идет о гибком реагировании на потребности и обстоятельства отдельного клиента, сохраняя при этом верность широкой модели КПТ.

Упражнение 9. Реакция на разрыв терапевтического альянса. Гибкость терапевта и постоянная адаптация КПТ к конкретному клиенту и контексту представляют практику, основанную на доказательствах, в ее наиболее сложной и полной форме. В дополнение к навыку КПТ “Гибкость в приверженности” также появляется все больше свидетельств того, что КПТ более эффективна, когда терапевты полностью, хотя и временно, “отходят” от стандартных навыков КПТ перед лицом определенных маркеров или моментов, возникающих в ходе сеанса [37]. В зависимости от маркера терапевт может использовать конкретные и основанные на доказательствах стратегии КПТ, несовместимые с точностью, до тех пор, пока существенный (и часто мешающий) процесс не будет решен, и это решение позволит ему вернуться к стандартной КПТ. В этом навыке мы фокусируемся на отзывчивом использовании гуманистических и межличностных навыков для преодоления разрывов альянсов, которые могут возникнуть в отношениях “клиент–терапевт” во время курса КПТ.

Качественный терапевтический альянс в любой теории обычно определяется как состоящий из трех взаимосвязанных компонентов: а) согласие клиента и терапевта в отношении целей лечения; б) согласование клиентом и терапевтом задач, которые будут поставлены для достижения этих целей; и в) диадическая связь, которую клиент и терапевт воспринимают как надежную, теплую и дружелюбную. Конечно, подобные качества отношений между ними могут усиливаться и ослабевать в процессе терапии, особенно если принять во внимание естественное напряжение терапевтической работы или другие диадические несоответствия, которые могут нарушить (у одного участника, у другого или у обоих) чувство скоординированного сотрудничества или тесной связи. Когда такие разрывы происходят, они могут быть связаны с неадекватными процессами и результатами лечения [58]. Однако важно, что они также могут представлять потенциальные возможности для изменений, которые при умелом обращении могут быть терапевтическими. Иначе говоря, само восстановление разрыва может быть механизмом терапевтического изменения, который будет действовать вместо

предполагаемых механизмов проводимого лечения или параллельно с ними. В этом случае вместо того, чтобы продолжать КПТ перед лицом маркеров разрыва, что может включать попытку убедить клиента в достоинствах КПТ, результаты исследований указывают на целесообразность контекстуального перехода от КПТ к более гуманистической и межличностной позиции и стратегии.

Для оперативного применения таких стратегий в первую очередь необходимо вовремя замечать маркеры разрыва альянса, которые (если они исходят от клиента) обычно можно разделить на два типа. Первые, *маркеры отстранения*, представляют стремление к сохранению связанности за счет отказа от потребности в самоопределении или самоутверждении (т.е. нежелание конфронтации из-за страха потерять отношения). Вторые, *маркеры конфронтации*, представляют собой выражение самоопределения за счет связанности. Каким бы ни был тип, маркер является важным сообщением о состоянии отношений и лечения, которое клиницисту было бы разумно исследовать с помощью межличностной стратегии метакоммуникации или непосредственного осознания процесса отношений по мере его развития [104]. Такой временный и обусловленный контекстом отход от КПТ может помогать как сам по себе в качестве корректирующего межличностного опыта, так и путем восстановления рабочих отношений до точки возвращения к плану КПТ.

Упражнение 10. Реакция на сопротивление клиента. Как уже отмечалось, гибкость терапевта и постоянная адаптация КПТ к конкретному клиенту и контексту представляет собой основанную на доказательствах практику в ее сложной, наиболее полной форме, включая отклонения от КПТ, следуя клиническим показаниям. Что касается данного навыка отклонения, здесь мы фокусируемся на гибком использовании навыков, ориентированных на клиента, для преодоления сопротивления клиента, которое может возникнуть у него во время прохождения курса КПТ [95], а именно — исследования подтверждают целесообразность контекстуального перехода от КПТ к стратегиям и “духу” мотивационного интервью в случаях, когда клиент демонстрирует сопротивление выбранному направлению лечения или его проведению [143].

Сопротивление, часто возникающий клинический процесс, может быть вызвано несколькими распространенными факторами. Например, оно может отражать уменьшение веры клиента в значимую для него лично логику или эффективность КПТ, несмотря на то что он мотивирован к уменьше-

нию симптомов и улучшению поведения. В альтернативном варианте сопротивление может быть проявлением понятной амбивалентности клиента в отношении изменений и ухода от того, что уже знакомо (даже если это неадекватно). Такое сопротивление может принимать как различные прямые формы (например, невыполнение домашнего задания, явное несогласие с обоснованием лечения, критика терапевта), так и косвенные формы (пропуск сеансов, уход во время сеанса, прерывание или отвлечение), но общее впечатление — это несогласие клиента с текущей программой сеанса или общим направлением лечения. Важно, однако, то, что сопротивление обычно является ценным сообщением клиента о том, что лечение не соответствует его представлениям об улучшении, что он амбивалентен в отношении изменений, что терапевтические отношения не настроены, либо о комбинации всего этого. Какой бы ни была причина, сохранение текущего плана вряд ли поможет, в то время как использование более клиентоориентированных принципов мотивационного интервью именно в этом контексте может способствовать решению проблемы [140; 142].

Замечание о тоне голоса, выражении лица и позе

Среди основных целей преднамеренной практики КПТ можно отметить надежду, что обучающиеся разовьют у себя способность применять КПТ-навыки в различных клинических ситуациях и воспримут эту практику как возможность отработать свои навыки, используя стиль и язык, которые соответствуют тому, кто они есть. Точно так мы поощряем тех, кто будет разыгрывать роль клиента и корректировать сложность стимулов (например, выбранный тон, качество и интенсивность аффекта). Мы также поощряем терапевтов экспериментировать со своими тоном голоса, выражением лица и позой и корректировать их в зависимости от обстоятельств. Конечно, в целом необходимо следовать основным принципам, таким как демонстрация невербального поведения, свидетельствующего об активном слушании и вовлеченности в процесс. Однако даже такие факторы, как поддержание постоянного зрительного контакта, возможно, придется скорректировать в зависимости от характеристик конкретного клиента. В связи с этим во многих случаях проходящие супервизию спрашивали, что лучше: пытаться поддерживать соответствие тону голоса и аффекту клиента или стремиться сохранять нейтральный тон и позу независимо от обстоятельств. По общему признанию разочаровывающим будет ответ “Это зависит от обстоятельств”. Как уже отмечалось, исследования показывают, что выражение

терапевтом эмоций оказывает влияние на результаты лечения [115]. Однако это лишь общий эффект, а связь между эмоциональным выражением и результатом лечения на уровне индивидуальной пары “клиент–терапевт” сложна. Поэтому мы рекомендуем обучающимся при выполнении упражнений по преднамеренной практике осознанно относиться к своим эмоциональным проявлениям и невербальному поведению.

Роль преднамеренной практики в обучении КПТ

В этой главе и перед каждым упражнением в этой книге мы даем краткое введение в навык (навыки), которое включает некоторое внимание к теории, исследованиям и общепринятым принципам применения. Тем не менее ни эту книгу, ни метод преднамеренной практики в целом не следует рассматривать как достаточные для приобретения компетентности в КПТ сами по себе. Хотя мы полагаем, что эта книга будет полезной при обучении КПТ, а также для профессионального развития на всех уровнях, наша рабочая модель была разработана как метод, который можно интегрировать в один или два семестра практических занятий или других прикладных курсов (см. приложение В). Принимая это во внимание, стажеры уже должны быть предварительно и/или параллельно знакомы с теорией и применением КПТ после посещения лекций, выполнения специальных курсовых работ и чтения соответствующей литературы. В соответствии с тем, что говорилось выше в этой главе, это требование в общих чертах отражает различия между декларативным и процедурным знанием. Методы преднамеренной практики КПТ, изложенные в этой книге, безусловно, не предназначены для использования в качестве основного источника декларативного знания. Кроме того, они не предназначены и для замены или дублирования курсовых работ, работы с реальными клиентами, учебных кейсов и супервизии на основе конкретных случаев (например, с прослушиванием аудиозаписи или просмотром видео фактического сеанса).

В обучении КПТ методы преднамеренной практики должны играть дополнительную роль, как инструмент, способствующий закреплению базовых знаний и оттачиванию навыков работы с реальными клиентами. Например, методы преднамеренной практики могут предоставить стажеру первую возможность перенести свое определение КПТ из учебника, полученное на семинаре, в обоснование лечения на сеансе с реальным клиентом. Моделируемая среда имитирует клиническое взаимодействие, обеспечивая при этом возможности для поведенческих репетиций и обратной

связи. Далее в этой главе и на протяжении всей книги рекомендуются ресурсы, на которых предоставлено больше информации о принципах, навыках и обучении КПТ.

Обзор структуры книги

Эта книга состоит из трех частей. В части I содержится эта глава и глава 2, в которых даны основные инструкции по выполнению предлагаемых в книге упражнений. В ходе тестирования мы обнаружили, что предоставление слишком большого объема предварительных инструкций перегружало инструкторов и стажеров, и в результате они просто их пропускали. Поэтому мы сделали эти инструкции как можно более краткими и простыми, чтобы сосредоточить внимание читателя только на самой важной информации, которая непременно потребуется инструкторам и слушателям для начала выполнения упражнений. Дальнейшие рекомендации для получения максимальной отдачи от преднамеренной практики приведены в главе 3, а дополнительные инструкции по мониторингу выполнения и корректировке сложности упражнений приведены в приложении А. **Не пропускайте инструкции в главе 2 и обязательно прочитайте все дополнительные рекомендации и инструкции, приведенные в главе 3 и приложении А, как только освоите основные инструкции.**

В части 2 содержатся 10 упражнений, ориентированных на конкретные навыки, упорядоченные в зависимости от уровня их сложности: базовый, средний и продвинутый (см. табл. 1.1). В каждом из них содержится краткий обзор упражнения, примеры взаимодействий между клиентом и терапевтом, предназначенные в помощь стажерам, пошаговые инструкции по выполнению данного упражнения и список критериев овладения соответствующим навыком. Далее приводятся высказывания клиента и образцы ответов терапевта, также упорядоченные по степени сложности (начальный, средний и высокий). Высказывания и ответы представлены отдельно, чтобы стажер, играющий роль терапевта, имел больше свободы импровизировать в своих ответах, не подвергаясь нежелательному влиянию образцов ответов, к которым следует обращаться только в том случае, если стажеру сложно импровизировать собственные ответы. Последние два упражнения части II предоставляют обучающимся возможность попрактиковаться во всех 10 навыках в рамках имитации психотерапевтических сеансов. В упражнении 11, “Расшифровка сеансов КПТ с примечаниями”, представлены образцы стенограмм психотерапевтических сеансов,

в которых использованы и четко отмечены различные навыки КПТ, тем самым демонстрируя, как они могут сочетаться между собой на реальном сеансе терапии. Стажерам КПТ предлагается просмотреть образец стенограммы, в которой один играет терапевта, а другой — клиента, чтобы понять, как может развиваться сеанс КПТ. В упражнении 12, “Имитация сеансов КПТ”, содержатся рекомендации по проведению реальных имитаций сеансов терапии, а также профили клиентов, упорядоченные по степени сложности (начальный, средний и высокий), которые обучаемые могут использовать для импровизированных ролевых игр.

В части III содержится единственная глава 3, в которой приводятся дополнительные рекомендации для инструкторов и стажеров. Материал главы 2 носит в основном процедурный характер, тогда как в главе 3 рассматриваются общие вопросы. Здесь выделяются шесть ключевых моментов для получения максимальной отдачи от преднамеренной практики и описывается важность надлежащей реакции, заботы о благополучии стажеров и уважения к их частной жизни, а также самооценки тренера, помимо прочих тем.

Завершают книгу три приложения. В приложении А содержатся инструкции по мониторингу и корректировке сложности каждого из упражнений по мере необходимости. В ней предлагается *Форма реакции на преднамеренную практику*, которую стажер, играющий роль терапевта, должен заполнить, чтобы указать, является ли упражнение слишком простым или слишком сложным. В приложение Б включена необязательная *Форма дневника преднамеренной практики*, которая предоставляет обучаемым стандартный формат для записи и изучения своего опыта, полученного во время выполнения упражнений по преднамеренной практике в периоды между целенаправленными занятиями с супервайзером. В приложении В представлен образец программы курса обучения, демонстрирующий, как 12 упражнений по преднамеренной практике и другие вспомогательные материалы могут быть интегрированы в более общий курс обучения КПТ. Преподаватели по своему усмотрению могут изменить предлагаемую учебную программу или выбрать отдельные ее элементы для интеграции в свои курсы.

Дополнительные материалы, относящиеся к этой книге (на английском языке), можно найти на веб-странице *Clinician and Practitioner Resources* (Ресурсы для клиницистов и практиков) по адресу <https://www.apa.org/pubs/books/deliberate-practice-cognitive-behavioral-therapy>.