

ГЛАВА 1

Вступ до когнітивно-поведінкової терапії

У 1960-х роках у галузі психічного здоров'я відбулася справжня революція, спричинена Аароном Беком, який був тоді старшим викладачем психіатрії у Пенсільванському університеті. На той час д-р Бек вже пройшов повний курс навчання з психоаналізу та працював психоаналітиком. Як справжній науковець д-р Бек був переконаний: потрібно науково обґрунтувати практичну ефективність психоаналізу задля його прийняття медичною спільнотою. На межі 1950–1960-х років він здійснив кілька експериментів, які мали забезпечити цій стратегії доказову базу. Проте результати виявилися протилежними. Досліди надихнули Бека шукати інші пояснення депресії. Він стверджував, що первинною характеристикою депресії є викривлені негативні когніції (насамперед думки та переконання), і розробив короткострокову терапію, однією з головних цілей якої була перевірка депресивного способу мислення на реалістичність.

У цій главі містяться відповіді на такі питання.

- Що таке когнітивно-поведінкова терапія?
- Як вона розвивалася?
- Про що свідчать дослідження її ефективності?
- На яких засадах вона ґрунтується?
- Як стати ефективним когнітивно-поведінковим терапевтом?

Що таке когнітивно-поведінкова терапія

На початку 1960-х Аарон Бек розробив форму психотерапії, яку спочатку назвав когнітивною терапією. Сьогодні більшість фахівців вважають когнітивну терапію синонімом когнітивно-поведінкової терапії, і в цій книзі використовуватиметься саме цей термін. Бек розробив чітко структуровану, короткострокову психотерапію для депресивних розладів, спрямовану на вирішення повсякденних проблем та зміну дисфункційного (помилкового та/або непродуктивного) мислення і поведінки [6]. З того часу Бек та інші фахівці успішно адаптували цей терапевтичний метод до дуже широкого спектра розладів та проблем. Зміни стосувалися загального фокусу терапії задіяних технік і тривалості лікування, проте теоретична база підходу залишилися незмінною. У всіх формах когнітивно-поведінкової терапії, що розвинулися з моделі Бека, лікування ґрунтується на когнітивних формулюваннях, переконаннях та поведінкових стратегіях, специфічних для певних розладів [1].

Терапія заснована на процесі концептуалізації, тобто розумінні ситуації конкретного клієнта (властивих особисто йому переконань та поведінкових схем). Терапевт шукає різні способи досягнення когнітивних змін — модифікації системи мислення та поведінки клієнта, що дозволять спрямувати його до тривалих емоційних та поведінкових змін.

Розробляючи цю форму психотерапії, Бек звертався до різноманітних джерел, включно з працями давньогрецьких філософів (наприклад, Епіктету) і великих теоретиків психології (Карен Хорні, Альфреда Адлера, Джорджа Келлі, Альберта Елліса, Ричарда Лазаруса й Альберта Бандури). З іншого боку, сучасні дослідники розширили та доповнили праці Бека. Теоретичних досліджень у США та світі так багато, що перерахувати тут все неможливо.

Сьогодні існують різноманітні форми когнітивно-поведінкової терапії, які мають спільні риси з терапією Бека, проте концептуалізації та акценти дещо відрізняються. Сюди зараховуємо раціонально-емотивну терапію Альберта Елліса [36], діалектичну поведінкову терапію [61], терапію, орієнтовану на вирішення проблем [30], терапію прийняття та відповідальності [45], експозиційну

терапію [39], когнітивну терапію переробки [76], психотерапію когнітивно-поведінкового аналізу [66], поведінкову активацію [60; 64], когнітивно-поведінкову модифікацію [70] та інші напрями. Когнітивно-поведінкова терапія Бека в межах когнітивного підходу об'єднує техніки, розроблені представниками кожного з цих напрямків, а також численних психотерапевтичних шкіл. Численні огляди цієї царини засвідчують історію виникнення та розвитку різних напрямів когнітивно-поведінкової терапії [4; 11; 28; 34; 47].

Згодом когнітивно-поведінкова терапія була адаптована до клієнтів з різним рівнем освіти та доходу, представників різних культур та вікових груп — від дітей до літніх людей. Сьогодні її, між іншим, застосовують у відділеннях першої допомоги, медичних організаціях і школах, при розробці професійних програм та для реабілітації ув'язнених. Можливий формат групової, парної та сімейної роботи. У цій книзі зосередимось на індивідуальному форматі терапії з сесансами тривалістю 45 хв. (хоча вони можуть бути й коротшими). Деякі клієнти, зокрема з шизофренією, не здатні взаємодіяти в форматі повноцінних сесансів, тому деякі фахівці застосовують техніки когнітивної терапії поза терапевтичними зустрічами — в межах медичних чи реабілітаційних призначень і перевірки ефективності медикаментів.

Засади когнітивно-поведінкової терапії

Коротко кажучи, базовим для *когнітивної моделі* є припущення, що дисфункційне мислення (яке впливає на настрій і поведінку клієнта) характерне для всіх видів психічних розладів. Коли людей навчають реалістично й адаптивно оцінювати свій спосіб мислення, їхній емоційний стан та поведінка покращуються. Наприклад, якщо людині повертають чек через відсутність грошей на рахунок, а вона в цей момент пригнічена, може виникнути *автоматична думка* — ідея, яка з'явиться в голові ніби сама собою: “Я нічого не можу зробити правильно”. Пізніше ця думка призводить до певної реакції, наприклад почуття смутку (емоція) і бажання повернутися до ліжка (поведінка). Та якщо спробуємо оцінити валідність цієї ідеї, можемо підсумувати, що дійшли занадто загального висновку і взагалі

багато що робимо добре. Розглянувши свій досвід із іншого боку, швидше поліпшимо свій стан і зможемо поводитися конструктивніше.

Для довготривалого покращення настрою та поведінки клієнта когнітивні терапевти використовують глибокий рівень мислення: глибинні переконання людей про себе, свій світ та інших. Модифікація основних дисфункційних переконань клієнтів дозволяє домогтися стійкіших змін. Отже, якщо ви весь час недооцінюєте свої здібності, можливо, всередині живе глибинне переконання про власну некомпетентність. Змінивши його (наприклад, навчившись бачити себе в реалістичнішому світлі, з достоїнствами і недоліками), трансформуєте сприйняття певних щоденних ситуацій. Менше турбуватимуть думки на кшталт: “Я нічого не можу зробити правильно”. Натомість, помилившись, певно, подумаете: “Це [якесь завдання] мені не надто добре вдається”.

Про що свідчать дослідження

Дієвість методів когнітивно-поведінкової терапії постійно перевіряють з тих пір, як у 1977 р. було опубліковано перше дослідження результатів лікування [79]. До цього часу оприлюднено понад 500 досліджень, які довели ефективність когнітивно-поведінкового підходу в роботі з низкою психічних розладів, психологічних проблем та соматичних захворювань зі психологічної складової [23; 24]. У табл. 1.1 перераховано розлади та проблеми, з якими можна успішно працювати в рамках когнітивно-поведінкового напрямку. Повний список можна знайти на сайті Інституту Аарона Бека www.beckinstitute.org.

Також проводили дослідження, метою яких було продемонструвати ефективність когнітивно-поведінкової терапії у звичному соціальному оточенні [82; 83; 85]. Інші дослідження виявили ефективність когнітивно-поведінкової терапії за допомогою комп’ютерних розрахунків [53; 91]. Кілька експериментів продемонстрували, що в результаті когнітивно-поведінкової терапії у клієнтів з різними розладами відбуваються певні нейробіологічні зміни [42]. Сотні дослідницьких праць підтверджують ефективність когнітивної моделі

для лікування тривоги та депресії. Всебічний огляд цих джерел робили Кларк з колегами [28], а також Кларк та Бек [27].

Таблиця 1.1. Неповний список розладів, які успішно лікують в рамках когнітивно-поведінкового підходу

<i>Психічні розлади</i>	<i>Психологічні проблеми</i>	<i>Соматичні захворювання з психологічною складовою</i>
Великий депресивний розлад	Проблеми в парі	Хронічний біль у спині
Геріатрична депресія	Проблеми в родині	Біль при серпоподібно клітинній анемії
Генералізований тривожний розлад	Патологічна ігromанія	Мігрені
Геріатрична тривога	Патологічне (ускладнене) горе	Дзвін у вухах
Панічний розлад	Стрес особи, що здійснює догляд	Онкологічний біль
Агорафобія	Гнів та ворожість	Соматофорні розлади
Соціофобія		Синдром подразненого кишечника
Обсесивно-компульсивний розлад		Синдром хронічної втоми
Розлад поведінки (кондуктивний розлад)		Біль при ревматичних захворюваннях
Зловживання психоактивними речовинами		Ерекtilьна дисфункція
Синдром дефіциту уваги та гіперактивності		Безсоння
Іпохондрія		Ожиріння
Тілесна дисморфія		Вульводінія
Розлад харчової поведінки		Гіпертонія
Розлади особистості		Синдром війни у Перській затоці
Особи, що скоїли сексуальний злочин		
Розлади звичок		
Біполярний розлад (додатково до медикаментозної терапії)		
Шизофренія (додатково до медикаментозної терапії)		

Розвиток когнітивно-поведінкової терапії Бека

Наприкінці 1950-х — на початку 1960-х років Бек вирішив перевірити психоаналітичну концепцію, згідно з якою депресія є результатом спрямованої на власне “я” ворожості. Бек вивчав сні клієнтів з депресією — передбачалося, що ворожість у цих снах проявлятиметься частіше і сильніше, ніж у снах звичайних людей з контрольної групи. Але, на свій подив, він виявив, що в снах клієнтів з депресією частіше з’являлися сюжети, пов’язані з дефектністю, обмеженнями та втратами, ніж теми ворожості. Він встановив, що люди продовжували думати про це і після (чи до) пробудження. Після ще одного дослідження Бек зрозумів: під сумнівом опинялася й інша психоаналітична концепція, згідно з якою люди з депресією відчують потребу страждати [7]. Вже тоді це було схоже на ефект доміно. Якщо психоаналітичні концепції не підтвердилися, що ж таке тоді депресія?

Збільшувалася кількість клієнтів, з якими працював д-р Бек, і стало зрозуміліше, що у кожного з них так чи інакше були два потоки мислення: потік вільних асоціацій та потік швидких оціночних суджень про себе. Так, одна жінка розповідала про свої сексуальні зв’язки, а потім повідомила, що відчула тривогу. Бек інтерпретував це так: “Вам здалося, що я подумки засуджую вас”. Але клієнтка не погодилася: “Ні, я подумала, що вам нудно мене слухати”. У ході таких розмов д-р Бек зрозумів, що людям із депресією властиві “автоматичні” негативні думки на кшталт описаної вище, — це і є потік думок, тісно пов’язаний з емоціями. Бек почав допомагати своїм клієнтам виявляти та оцінювати ці нереалістичні та дезадаптивні думки і реагувати на них. Внаслідок стан клієнтів швидко покращувався.

Тоді д-р Бек запропонував колегам-психіатрам з Пенсільванського університету випробувати нову форму терапії. Вони підтвердили: клієнти справді добре на неї реагують. Джон Раш, д-р медицини (MD), якого сьогодні вважають провідним фахівцем у лікуванні депресії, і д-р Бек почали обговорювати перспективи проведення дослідження результатів терапії. Вони дійшли висновку: подібна робота потрібна, щоб продемонструвати іншим фахівцям ефективність

когнітивної терапії. Їхнє рандомізоване контрольоване дослідження клієнтів з депресією, оприлюднене 1977 р., довело, що дієвість когнітивної терапії приблизно дорівнює ефективності іміпраміну — поширеного антидепресанту. Це дослідження викликало фурор, тому що практично вперше було протиставлено ефективність словесної терапії та медикаментозного лікування. Через два роки опубліковано перший посібник з когнітивної терапії [15].

До важливих складових когнітивно-поведінкової терапії депресії належать:

- допомога у вирішенні проблем;
- поведінкова активація;
- пошук й оцінювання депресивних думок, реагування на них, особливо на негативні твердження про себе, свій світ та своє майбутнє.

Наприкінці 1970-х д-р Бек та його колеги з докторськими ступенями Пенсільванського університету взялися вивчати тривогу та виявили, що терапія цих розладів потребує інших акцентів. Клієнтам із тривогою потрібно вчитися правильніше оцінювати небезпеку ситуацій, що викликають у них страх, оцінювати свої внутрішні та зовнішні ресурси і розвиватися, керуючись ними. Їм також потрібно намагатися не уникати страшних ситуацій, а навпаки, частіше мати з ними справу, щоб поведінкою перевіряти свої негативні прогнози. З того часу когнітивна модель тривоги була доповнена і доопрацьована для кожного виду тривожних розладів; ці моделі були затверджені, а дослідження результатів підтвердили ефективність когнітивно-поведінкового підходу в лікуванні тривожних розладів [27].

Перескочмо в часі на кілька десятиліть уперед. Доктор Бек і послідовники, а також інші дослідники по всьому світу продовжують вивчати та доопрацьовувати теорію, адаптувати та перевіряти схеми лікування різних проблем. Тепер когнітивну терапію, або когнітивно-поведінкову терапію, викладають у більшості університетів США та у багатьох інших країнах.

Основні принципи лікування

Хоча курс терапії потрібно індивідуально адаптувати для кожного клієнта, когнітивно-поведінкова терапія спирається на певні загальні, незалежні від індивідуальних особливостей, принципи. В книзі використовуватиметься приклад клієнтки з депресією Саллі — це допоможе проілюструвати основну доктрину і показати, як зрозуміти людину за допомогою когнітивно-поведінкової теорії та як використовувати це розуміння для планування лікування та проведення терапевтичних сеансів. Саллі — майже ідеальна клієнтка; на її прикладі можна чудово продемонструвати когнітивно-поведінкову стратегію. Ще авторка пояснить, як коригувати терапію, якщо клієнт реагує не так добре, як у прикладі. Також читачеві варто скористатися джерелами [18; 54; 71], щоб навчитися формулювати концепцію та стратегію, а також застосовувати техніки для роботи з іншими діагнозами чи важкими випадками.

Коли Саллі звернулася до терапевта, їй було 18 років, вона була незаміжня і йшов другий семестр її навчання у коледжі. Останні чотири місяці дівчина була пригнічена і стривожена, їй було важко впоратись з повсякденними справами. Її стан відповідав критеріям визначення епізоду великого депресивного розладу середньої важкості згідно з DSM-IV-TR (Діагностичний та статистичний посібник з психічних розладів, 4-те видання, переглянуте). Докладніше про Саллі можна прочитати у додатку А.

Тепер про основні принципи когнітивно-поведінкової терапії.

Принцип 1. *Когнітивно-поведінкова терапія ґрунтується на постійно вдосконалюваному формулюванні проблеми клієнта та індивідуальній концептуалізації кожного випадку у рамках когнітивного підходу.* Психолог працював із проблемами Саллі у трьох часових перспективах. По-перше, визначав її дійсний спосіб думок, який змушував відчувати смуток (“Я невдаха, мені нічого не вдається, я ніколи не буду щаслива”), і її проблемну поведінку (вона цуралася інших, багато часу проводила одна у своїй кімнаті, нічим не займаючись, уникала звертатися по допомогу). Ця проблемна поведінка мала витоки в дисфункційному способі мислення Саллі і, у свою

чергу, підкріплювала його. По-друге, психолог шукав сприятливі фактори, які вплинули на сприйняття дівчини ще на початку депресії (наприклад, вона вперше була так далеко від дому, і навчання давалося їй нелегко, що тільки підкріплювало її впевненість у відсутності здібностей). По-третє, була сформульована гіпотеза про формуючі події та стійкі патерни інтерпретації цих подій клієнткою, які могли призвести до депресії (Саллі завжди мала схильність недооцінювати власні досягнення чи прояви сили, вважаючи це вдалим збігом обставин, а слабкості — відображенням “справжньої” себе).

Концептуалізація ситуації Саллі ґрунтувалася на уявленнях про депресію, що сформувалися в рамках когнітивного підходу, а також інформації, яку сама клієнтка надала про себе вже на першому сеансі. Отримуючи нову інформацію, психолог доопрацьовував концептуалізацію на кожному сеансі. У певні стратегічно важливі моменти він розповідав Саллі про свої висновки, щоб переконатися, що розуміє все правильно. Окрім того, протягом усієї терапії він допомагав Саллі оцінювати її досвід кризь призму когнітивної моделі. Наприклад, вона вчилася ідентифікувати думки, пов’язані зі стресовим афектом, а також оцінювати та формулювати адаптивні реакції на думки. Це призвело до покращення самопочуття і нерідко допомагало підвищити функціональність поведінки.

Принцип 2. *Когнітивно-поведінкова терапія передбачає створення міцного терапевтичного союзу. Як і багатьом клієнтам з неускладненими депресивними і тривожними розладами, Саллі було нелегко довіритися мені та поринути в роботу. Фахівець намагався продемонструвати всі основні компоненти, необхідні в подібній ситуації: тепло, емпатію, турботу, непідробну увагу та компетентність. Він зосередився на уважному ставленні до Саллі, роблячи емпатичні коментарі, уважно слухаючи, точно узагальнюючи її думки та почуття. Він звертав увагу на її маленькі та великі успіхи, щоб підтримувати розумно оптимістичне ставлення до процесу. Ще Саллі просили давати зворотний зв’язок наприкінці кожного сеансу, щоб переконатися: вона відчуває, що її зрозуміли, і позитивно сприймає сеанс. Детальніше терапевтичні взаємини у когнітивно-поведінковій терапії описані у главі 2.*

Принцип 3. *Особливого значення в когнітивно-поведінковій терапії набуває співпраця та активна участь.* Саллі мала вважати терапію командною роботою: разом з терапевтом вирішувати, що опрацьовувати на кожному сеансі, як часто зустрічатись і які домашні завдання Саллі може робити в перервах між сеансами. Спочатку вів терапевт, пропонуючи можливі напрямки роботи і підсумовуючи те, що обговорювали. Але з часом, коли депресія Саллі стала менш вираженою і дівчина краще соціалізувалася, клієнтка змогла активніше долучитися до роботи: Саллі вирішувала, про які проблеми говорити, виявляла моменти викривлення мислення, робила важливі висновки та продумувала домашні завдання.

Принцип 4. *Когнітивно-поведінкова терапія орієнтована на результат і спрямована на проблеми.* На першому сеансі Саллі перерахувала проблеми та сформулювала цілі терапії, щоб разом з терапевтом зрозуміти, задля якої мети вони працюватимуть. На першій зустрічі Саллі покаржилася на відчуття соціальної ізоляції. З підказками фахівця вона сформулювала ціль у площині поведінки: розпочинати нові знайомства та проводити більше часу з друзями, які в неї вже є. Пізніше, коли терапевт і клієнтка обговорювали, як покращити її повсякденне життя, Саллі оцінювала думки, що суперечили її цілі, наприклад: “Мої друзі не захочуть спілкуватися зі мною. Я надто втомилася, щоб зустрічатися з ними”, і правильно реагувати на них. Спочатку оцінювали обґрунтованість цих думок, дослідивши докази. Потім Саллі висловила бажання перевірити думки за допомогою поведінкових експериментів, коли їй потрібно було запланувати щось із друзями. Щойно Саллі усвідомила та виправила викривлення мислення, вона змогла зосередитися на вирішенні проблем та вийти зі стану ізоляції.

Принцип 5. *Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на сьогоднішнє.* Лікування більшості клієнтів передбачає фокус на реальних проблемах та певних ситуаціях, що їх викликають. Самопочуття Саллі покращилося, коли вона навчилася правильно реагувати на власне негативне мислення і вжила заходів щодо покращення свого життя. Терапія завжди починається з дослідження проблем “тут і зараз”, незалежно від поставленого діагнозу. Увага перемикається

на минуле у двох випадках. По-перше, коли у клієнта з'являється сильне бажання це зробити, а відмова від звернення до минулого загрожує терапевтичному союзу. По-друге, коли клієнт “застрягає” в дисфункційних думках, і розуміння його глибинних переконань (що мають витоки в дитинстві) потенційно може допомогти їх змінити. (“Не дивно, що ви досі не вірите у свої здібності. Ви ж розумієте, що майже будь-яка дитина, яка пережила б те саме, що і ви, виросла би переконаною у відсутності в себе здібностей; проте це не обов'язково правда або ж не вся правда”).

Наприклад, терапевт тимчасово звертається до минулого досвіду Саллі під час терапевтичної зустрічі, щоб допомогти їй виявити набір переконань, які вона засвоїла в дитинстві: “Якщо в мене багато досягнень — я гідна людина” і “Якщо в мене мало досягнень — я невдаха”. Він допомагає оцінити валідність цих переконань в минулому і зараз. Після цього Саллі сформулила більш функціональні та раціональніші переконання. Якби у Саллі був розлад особистості, більше часу було б присвячено обговоренню історії її розвитку, походженню переконань та поведінкових копінг-стратегій.

Принцип 6. *Когнітивно-поведінкова терапія — це освітня терапія; її мета — навчити клієнта бути собі терапевтом; тому особливо важливо попередити рецидиви.* Під час першої зустрічі Саллі дізналася про природу та перебіг її розладу, про процес когнітивно-поведінкової терапії та про когнітивну модель (зокрема, як її думки впливають на емоції та поведінку). Психолог не лише допоміг Саллі сформулювати цілі, знайти та оцінити думки й переконання, запланувати поведінкові зміни — він також пояснював їй, як все це зробити. На кожному сеансі він пропонував Саллі робити нотатки — записувати важливу інформацію, яку вона дізналася, — щоб користуватися цим новим розумінням проблеми вже після закінчення терапії.

Принцип 7. *Когнітивно-поведінкова терапія має бути обмеженою в часі.* Терапія багатьох клієнтів з депресивними чи тривожними розладами триває від 6 до 14 сеансів. У терапевта такі цілі:

- пом'якшити симптоматику;
- сприяти ремісії;

- допомогти впоратися з гострими проблемами;
- сприяти набуттю навичок, необхідних для запобігання рецидиву.

Спочатку Саллі потрібно було відвідувати терапевтичні сеанси раз на тиждень (якби її депресія проходила важче і вона думала про самогубство, можливо, перерву між зустрічами скоротили б). За два місяці клієнтка разом з терапевтом вирішили спробувати зустрічатися раз на два тижні, а потім і раз на місяць. Навіть після припинення терапії були заплановані періодичні підбадьорливі зустрічі раз на три місяці протягом року.

Не всім клієнтам вдається досягти успіху всього за кілька місяців. Для змінювання ригідних дисфункційних переконань і поведінкових схем, які призводять до постійних душевних страждань, знадобиться один-два роки чи більше. Клієнтам з тяжкими психічними захворюваннями потрібно тривале періодичне лікування, щоб підтримувати стабільні результати.

Принцип 8. *Сеанси когнітивно-поведінкової терапії структуровані.* Незалежно від діагнозу та стадії лікування ефективність кожного сеансу підвищується, якщо його структурувати. Ця структура містить вступну частину (перевірку настрою, коротке обговорення минулого тижня, спільну розробку плану зустрічі), середню частину (обговорення домашнього завдання, актуальних проблем за планом, визначення нового домашнього завдання, підбиття підсумків) і завершальну частину (зворотний зв'язок). Цей формат робить терапевтичний процес зрозумілішим для клієнтів та підвищує ймовірність того, що вони зможуть займатися самотерапією після завершення спільної роботи.

Принцип 9. *Когнітивно-поведінкова терапія вчить клієнтів виявляти та оцінювати свої дисфункційні думки й переконання та реагувати на них.* Десятки та навіть сотні щоденних автоматичних думок впливають на настрій, поведінку та/або фізіологію клієнта (останнє особливо часто зустрічається в роботі з тривожними розладами). Терапевти допомагають клієнтам шукати ключові когніції і переходити до реалістичнішої альтернативи, адаптивних поглядів,

що допомагає їм емоційно почуватися краще, застосовувати функціональні поведінкові стратегії та/або зменшувати фізіологічне збудження. Це відбувається завдяки спрямованому відкриттю (*guided discovery*), коли через питання (їх ще часто називають сократівським діалогом) оцінюють спосіб думок (не вдаючись до переконування, суперечки чи нотацій). Терапевти також допомагають клієнтам проводити досліді, які прийнято називати *поведінковими експериментами*, за допомогою яких вони можуть перевірити свої переконання безпосередньо (наприклад: “Варто подивитися на фото павука, і я відчую тривогу і не зможу зосередитися”). Отже, терапевти реалізують принцип *спільного емпіризму*. Зазвичай вони не знають заздалегідь, наскільки істинними чи помилковими будуть думки клієнта — вони досліджують їх спільно і перевіряють спірні переконання, щоб визначити продуктивні та правильні реакції.

Коли Саллі була вкрай пригнічена, у неї було багато автоматичних думок протягом дня — про деякі з них вона розповіла сама, інші визначив психолог (запитавши, про що вона думала, коли почувалася засмученою і діяла дисфункційно). Вони часто шукали важливі автоматичні думки, занурюючись в обговорення конкретних проблем Саллі; разом досліджували їхню валідність та корисність. Саллі мала узагальнювати нові погляди; ці узагальнення вона потім записувала і могла перечитувати протягом тижня, щоб підготуватися до виникнення аналогічних автоматичних думок. Клієнтці не пропонували думати позитивніше без обговорення, не заперечували достовірність автоматичних думок і не намагалися переконати, що вона розмірковує надто песимістично. Натомість спільно досліджували докази.

Принцип 10. *Когнітивно-поведінкова терапія передбачає ряд технік, які допомагають змінювати спосіб мислення, настроїв та поведінку.* Хоча когнітивні стратегії на кшталт сократівського діалогу і спрямованого пошуку є основними для когнітивно-поведінкової терапії, поведінкові та спрямовані на вирішення проблем техніки також дуже важливі. Разом із ними використовують техніки, запозичені з інших підходів та переосмислені в рамках когнітивної теорії. Наприклад, техніки гештальт-терапії, щоб допомогти зрозуміти, як отриманий в родині досвід вплинув на розвиток переконання,

що вона нездара. Фахівець використовує психодинамічні техніки з деякими клієнтами з розладами другої вісі, які проектували свої викривлені ідеї про людей на терапевтичні відносини. Вибір технік залежить від концептуалізації випадку конкретного клієнта, обговорюваної проблеми та цілей, яких ви хочете досягти на сеансі.

Ці основні принципи можна застосовувати у роботі з усіма клієнтами, хоча терапія може суттєво різнитися з огляду на індивідуальну ситуацію, характер труднощів клієнта, етап життя та рівень розвитку й інтелекту, стать та культурні особливості. Терапія відрізнятиметься також з огляду на цілі клієнта, здатність формувати міцний терапевтичний зв'язок, мотивацію до змін, попередній досвід роботи з терапевтами, переваги у лікуванні та інші фактори.

Акценти лікування також залежать від конкретного розладу (або розладів) клієнта. Когнітивно-поведінкова терапія панічного розладу передбачає перевірку катастрофічних інтерпретацій (зазвичай це помилкові передбачення, пов'язані з загрозою смерті або божевілля), а також тілесними та психічними відчуттями [29]. Якщо у клієнта анорексія, потрібно працювати над зміною його переконань щодо власної цінності та контролю [41]. Терапію зловживання психоактивними речовинами вибудовують навколо негативних переконань клієнта про себе та переконань щодо прийнятності вживання психоактивних речовин [16].

Перебіг терапевтичного сеансу

Структура терапевтичних сеансів приблизно однакова незалежно від конкретного розладу, проте втручання може суттєво відрізнятися. (На сайті Академії когнітивної терапії, www.academyofct.org, оприлюднено список книг про когнітивні формулювання, основні акценти, стратегії та техніки для широкого спектра діагнозів, особливостей клієнтів, форматів та умов лікування.) Нижче наведено узагальнений опис терапевтичної зустрічі та курсу терапії, що особливо актуально для лікування клієнтів з депресією.

Розпочинати кожен сеанс варто з налагодження терапевтичної взаємодії: перевірити настрій клієнта, симптоми та враження останнього тижня; попросити клієнта перерахувати проблеми, допомога з

вирішенням яких йому найбільше зараз потрібна. Можливо, ці труднощі виникли протягом тижня та клієнт припускає, що може мати їх найближчим часом. Психолог аналізує його успіхи самостійної роботи (домашнє завдання або план дій) у перерві між сеансами. Потім у контексті обговорення певної проблеми клієнта фахівець формулює основне завдання, збирає інформацію про проблему, концептуалізує труднощі клієнта (запитавши, які думки той мав, які емоції та поведінка пов'язані з цією проблемою) і спільно планує стратегію подальших дій. Найчастіше стратегія стосується безпосереднього вирішення проблеми, оцінювання негативного мислення та змін поведінки.

Наприклад, Саллі мала труднощі з навчанням. Потрібно було допомогти оцінити дезадаптивні думки і навчитися правильно на них реагувати (“Навіщо взагалі щось робити? Мене все одно відраховують”), і лише потім вона могла перейти до вирішення проблем із навчанням. Психолог переконався, що ставлення Саллі до ситуації стало реалістичнішим. Вона визначила, які рішення хоче спробувати втілити наступного тижня (наприклад, починати з легших завдань, подумки підсумовувати інформацію в кінці кожної прочитаної сторінки або двох, присвячувати навчанню коротші проміжки часу, дихати свіжим повітрям на перервах і просити старших про допомогу). На сеансі Саллі готувалася до зміни мислення та поведінки, що також поліпшувало її настрій і рішучість.

Після обговорення проблеми та визначення формату домашнього завдання розпочався аналіз наступної проблеми. Весь процес було повторено. Наприкінці був підсумок — сформулювання найважливіших висновків. Терапевт переконувався, що Саллі, ймовірно, виконає домашнє завдання, і отримував відгук щодо минулого сеансу.

Розвиток когнітивно-поведінкового терапевта

Необізаному спостерігачеві когнітивно-поведінкова терапія може здатися оманливо простою. За суттю *когнітивна модель*, тобто припущення, що думки людини впливають на її емоції та поведінку, дійсно досить проста. Проте досвідчені когнітивно-поведінкові терапевти одночасно вирішують відразу кілька задач: концептуалізують

ситуацію клієнта, вибудовують з ним взаємини, соціалізують його та розширюють кругозір, визначають проблеми, збирають дані, перевіряють гіпотези та роблять висновки. Початківцям у цій царині, навпаки, зазвичай доводиться бути розважливими, дотримуватись певних структур і зважати лише на деякі аспекти терапії. Хоча кінцева мета завжди передбачає створення взаємозв'язку між усіма цими елементами та проведення максимально ефективною терапії, новачкам варто починати з освоєння побудови терапевтичних відносин, навичок концептуалізації, а також вивчення технік когнітивно-поведінкової терапії, причому все це краще вивчати покроково.

Напрацювання досвіду когнітивно-поведінкового терапевта складається з трьох етапів. (Вважають, що терапевт вже опанував важливі для консультування якості: вміння слухати, емпатію, турботу, позитивне ставлення та щирість, а також уміння точно зрозуміти, відрефлексувати та узагальнити. Терапевти, у яких цих якостей і навичок ще немає, часто викликають негативну реакцію клієнтів.) На першому етапі терапевт вивчає базові навички концептуалізації випадку у когнітивній парадигмі, ґрунтуючись на вихідній оцінці ситуації клієнта та інформації, зібраній на сеансі. Терапевт вчиться структурувати сеанси, використовувати свої концептуалізації та здоровий глузд в плануванні лікування, допомагати клієнтам вирішувати проблеми та по-новому ставитися до дисфункційних думок. Ви також опануєте базові когнітивні та поведінкові техніки.

На другому етапі фахівець вже краще поєднує концептуалізацію зі знанням технік. Він розвиває здатність увійти в терапевтичний потік. Легше визначати критично важливі цілі терапії та концептуалізувати випадки. Ця навичка вдосконалюється безпосередньо на терапевтичних зустрічах і використовується для прийняття рішень про втручання. Фахівець розширює свій терапевтичний репертуар і вчиться точніше добирати, пропонувати та застосовувати відповідні техніки.

На третьому етапі терапевт вже майже автоматично додає нові дані до концептуалізації, вдосконалює здатність висувати гіпотези для підтвердження чи перевірки уявлень про клієнта. Він змінює структуру та техніки когнітивно-поведінкової терапії відповідно до вимог клієнтів, особливо тих, що мають розлади особистості та інші складні розлади.

Якщо психолог практикує інший психотерапевтичний напрям, важливо разом із клієнтом дійти згоди щодо можливості застосування когнітивно-поведінкового методу та обов'язково попередньо розповісти їм, у чому полягатиме різниця, і надати на користь цього рішення відповідні докази. Більшість клієнтів погоджуються на таку пропозицію, якщо вона сформульована позитивно і враховує переваги для клієнта. Якщо ж клієнт сумнівається, варто пропонувати незначні поступові зміни (наприклад, почати з визначення порядку денного) як тимчасовий експеримент — це мотивує.

Терапевт. Майку, нещодавно я прочитав хорошу книгу про підвищення ефективності терапії і подумав про вас.

Клієнт. Справді?

Терапевт. Так, і я дещо придумав, щоб прискорити процес вашого одужання. (*Підштовхує до співпраці.*) Не заперечуєте, якщо я розповім докладніше?

Клієнт. Гаразд.

Терапевт. По-перше, у книзі рекомендували намітити план роботи. Це означає, що на початку кожного сеансу я проситиму вас перерахувати проблеми, вирішення яких ви хотіли б обговорити на зустрічі. Наприклад, ви могли б сказати, що у вас виникла проблема з керівником, або що у вихідні вам важко піднятися з ліжка, або що ви дуже хвилюєтеся через гроші. Якщо я проситиму вас відразу окреслити проблеми, це допоможе нам зрозуміти, як краще розподілити час майбутньої зустрічі. (*Підштовхує до зворотного зв'язку.*) Що думаєте про це?

Як користуватися книгою

Ця книга написана для читачів з будь-яким терапевтичним досвідом та рівнем розвитку навичок, яким не вистачає знань про фундаментальні складові когнітивної концептуалізації та терапії. Вкрай важливо розуміти, як і коли варіювати стандартне лікування відповідно до індивідуальних потреб клієнтів.

Розвиток когнітивно-поведінкового терапевта прискориться, якщо почати самостійно застосовувати описані тут інструменти. Читаючи, намагайтеся концептуалізувати власні думки й переконання. Звертайте увагу на зміни власного емоційного стану. Зауваживши, що настрої змінився або сильно погіршився (або дисфункційну поведінку й тілесні прояви негативних емоцій), варто спитати себе, що відбувається. І, звичайно ж, запитати себе про головний аспект когнітивно-поведінкової терапії:

Про що я тільки-но подумав?

Так терапевт навчиться знаходити власні автоматичні думки. Вивчення базових навичок когнітивно-поведінкової терапії у ролі суб'єкта дозволить швидше зрозуміти, як передати ці навички клієнтам.

Особливо корисно шукати автоматичні думки під час ознайомлення з цією книгою або застосування описаних технік із клієнтами. За найменшого роздратування треба спитати себе: “Про що я тільки-но думав?” Можливо, це допоможе виявити автоматичні думки.

- Це занадто складно.
- Можливо, я не зможу опанувати це.
- Мені некомфортно це робити.
- А раптом це не спрацює?

Досвідчені терапевти, які спочатку реалізувалися в інших напрямках психотерапії, можуть засвідчити таке.

- Це не спрацює.
- Клієнт не буде від цього в захваті.
- Це надто поверхово (структуровано, неемпатично, просто).

Виявивши подібні думки, можна знову зосередитися на читанні або перейти до глав 11-12, де описано, як оцінювати автоматичні думки та реагувати на них. Звертаючись до власного способу мислення, можна не тільки розвинути навички когнітивно-поведінкового терапевта, але і навчитися змінювати власні дисфункційні думки і впливати на настрій (отже, і на поведінку), що полегшить процес навчання.

Стандартна аналогія, яку часто використовують в роботі з клієнтами, можлива і для когнітивно-поведінкових терапевтів-початківців. Освоєння навичок когнітивно-поведінкової терапії — те саме, що опанування будь-яких інших навичок. Леде не кожен пам'ятає, як вчився керувати чи користуватися комп'ютером. Спочатку все було незграбно. Потрібно було завважувати деталі й контролювати дії, які тепер просто автоматичні. Ми часто занепадали духом, але продовжуючи навчання, все краще розуміли, що відбувається, і почувалися впевненіше. І врешті-решт освоїли потрібні навички настільки, що змогли користуватися ними легко й невимушено. Більшість людей мають подібний досвід і в результаті досягли успіху.

Так само відбувається процес навчання когнітивно-поведінкової терапії. Беручись до роботи з клієнтами, фахівець ставить невеликі, чітко сформульовані, реалістичні цілі, цінуючи малі досягнення. Доцільніше порівнювати ці досягнення з рівнем здібностей до роботи з книгою або часом, коли вперше дізналися про когнітивно-поведінкову терапію. Є різні способи реагування на негативні думки, наприклад, коли початківець порівнює себе з досвідченими терапевтами, що пригнічує впевненість у собі, бо протиставляє дійсний рівень бажаному.

Якщо фахівець турбується про те, як клієнти поставляться до пропозиції скористатися методами когнітивно-поведінкової терапії, знадобляться копінг-картки з важливими твердженнями. Перед першою самостійною роботою з клієнтами студенти часто мають непродуктивні думки. Тоді їм пропонують записувати на картках відповіді цим думкам. Звичайно ж, їхній зміст різниться, але зазвичай там можна знайти таке.

У мене немає мети вилікувати клієнта сьогодні. Ніхто не чекає цього від мене.
Моя мета — розпочати надійний терапевтичний союз, допомогти вирішити деякі проблеми і, якщо буде змога, попрацювати над власними навичками в царині когнітивно-поведінкової терапії.

Ці картки допомагають знизити рівень тривоги та зосередитися на клієнтах — отже, працювати ефективніше.

Насамкінець треба сказати, що глави книги розташовані таким чином, що краще їх читати одну за одною. Можливо, захочеться пропустити вступні частини і відразу перейти до опису терапевтичних технік. Однак когнітивно-поведінкова терапія — це не просто застосування певних технік. Вона передбачає вмільний добір та ефективне використання широкого спектру стратегій, заснованих на концептуалізації. У наступній главі буде огляд терапії, далі йде глава, присвячена концептуалізації. Главу 4 присвячено процесу оцінювання, а 5–8 — структурі та змісту терапевтичних сеансів. У главах 9–14 аналізуємо основні складові елементи когнітивно-поведінкової терапії: виявлення когніцій та емоцій й адаптивне реагування на автоматичні думки та переконання. Глава 15 містить інформацію про додаткові когнітивні та поведінкові техніки, а ментальні образи обговоримо у главі 16. Далі звернемо увагу на домашні завдання. У главі 18 розглядаємо питання, пов'язані з завершенням терапії та попередженням рецидивів. Ці частини є основою для глав 19–20 про процес планування терапії та діагностування проблем клієнта. І, нарешті, у главі 21 містяться рекомендації про те, як когнітивно-поведінковому терапевту планувати свій подальший розвиток.