
СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	13
Вступление	17
Глава 1. Введение	19
Развитие когнитивного терапевта	29
Как пользоваться этой книгой	29
Глава 2. Когнитивная концептуализация	33
Когнитивная модель	34
Убеждения	35
Отношения, правила и предположения	36
Взаимосвязь поведения и автоматических мыслей	37
Пример случая	39
Выводы	44
Глава 3. Структура первой терапевтической сессии	47
Цели и структура первой терапевтической сессии	48
Определение повестки дня	50
Оценка настроения	52
Знакомство с жалобами пациента, выявление его текущих проблем и определение целей терапии	53
Обучение пациента когнитивной модели	56
Ожидания от терапии	59
Разъяснение пациенту природы его расстройства	61
Подведение итогов сессии и определение домашнего задания	63
Обратная связь	65
Выводы	67
Глава 4. Вторая и последующие сессии: структурирование и формат	69
Краткая оценка состояния и настроения пациента	70
Связь текущей сессии с предыдущей	73
Определение повестки дня	74
Анализ домашнего задания	76

Обсуждение вопросов повестки дня, определение нового домашнего задания и периодическое подведение итогов	77
Заключительное подведение итогов и обратная связь	83
Третья и последующие сессии	84
Глава 5. Трудности в структурировании терапевтической сессии	87
Обзор минувшей недели	89
Оценка настроения	90
Связь с предыдущей сессией	93
Определение повестки дня	94
Анализ домашнего задания	96
Обсуждение вопросов повестки дня	96
Определение нового домашнего задания	97
Заключительное подведение итогов	98
Обратная связь	99
Проблемы, возникающие из-за когниций терапевта	99
Глава 6. Выявление автоматических мыслей	101
Особенности автоматических мыслей	101
Объяснение пациенту природы автоматических мыслей	104
Выявление автоматических мыслей	106
Выявление проблемной ситуации	112
Различия между автоматическими мыслями и интерпретациями	114
Различия между более и менее значимыми автоматическими мыслями	115
Уточнение запомнившихся автоматических мыслей	115
Изменение формы “телеграфических” или вопросительных мыслей	116
Обучение пациентов распознаванию автоматических мыслей	118
Глава 7. Выявление эмоций	121
Отличие автоматических мыслей от эмоций	122
Важность различения эмоций	124
Трудности в обозначении эмоций	126
Трудности с оценкой интенсивности эмоций	128
Применение шкалы интенсивности эмоций для планирования терапии	131
Глава 8. Оценивание автоматических мыслей	133
Выбор автоматической мысли-“мишени”	133
Работа с автоматической мыслью	135
Вопросы для оценивания автоматических мыслей	136
Использование альтернативных вопросов	145
Выявление когнитивных искажений	147
Оценка выгоды автоматических мыслей	149

Эффективность оценивания автоматических мыслей	150
Концептуализация неудачной оценки автоматической мысли	151
Глава 9. Ответы на автоматические мысли	155
Бланк для работы с дисфункциональными мыслями (РДМ)	155
Мотивирование пациентов использовать бланк РДМ	164
Когда бланк РДМ недостаточно эффективен	165
Дополнительные способы поиска ответов на автоматические мысли	166
Глава 10. Выявление и изменение промежуточных убеждений	169
Когнитивная концептуализация	170
Выявление промежуточных убеждений	176
Следует ли изменять убеждение	180
Разъяснение пациентам природы их убеждений	182
Преобразование правил и отношений в форму предположений	182
Определение преимуществ и недостатков, присущих убеждениям	183
Формирование нового убеждения	184
Изменение убеждений	184
Глава 11. Глубинные убеждения	201
Категории глубинных убеждений	204
Выявление глубинных убеждений	206
Представление пациенту глубинных убеждений	207
Разъяснение пациенту природы и влияния глубинных убеждений	208
Изменение глубинных убеждений и формулирование новых идей	212
Бланк для работы с глубинными убеждениями	213
Глава 12. Дополнительные когнитивные и поведенческие техники	231
Решение проблемы	231
Принятие решения	233
Поведенческие эксперименты	235
Мониторинг и планирование видов деятельности	238
Отвлечение и переключение внимания	250
Релаксация	253
Копинг-карточки	253
Техника последовательного приближения	255
Ролевая игра	258
Техника “пирога”	261
Функциональные сравнения и похвальные дела	265
Глава 13. Образные представления	271
Выявление образов	271
Разъяснение пациенту природы образных представлений	273

Поиск ответа на спонтанные образы	275
Ответ на спонтанно возникающие образы	285
Когнитивная терапия: создание образов как терапевтический прием	286
Глава 14. Домашнее задание	293
Определение домашнего задания	294
Повышение вероятности успешного выполнения пациентом домашнего задания	300
Концептуализация трудностей	308
Глава 15. Завершение терапии и профилактика рецидива	319
Действия терапевта на первой сессии	319
Действия терапевта в процессе терапии	321
Действия терапевта перед завершением курса терапии	325
Бустерные сессии	331
Глава 16. Составление плана лечения	335
Достижение терапевтических целей в широком смысле	335
Планирование вмешательства на протяжении сессий	336
Разработка плана лечения	337
Планирование отдельных сессий	338
Выбор проблемы-“мишени”	344
Смена темы на сессии	349
Изменение стандартного лечения для конкретных расстройств	350
Глава 17. Трудности терапии	355
Выявление проблем	355
Концептуализация проблем	358
Тупиковые ситуации	367
Решение проблем, возникающих в процессе терапии	368
Глава 18. Профессиональный рост когнитивного терапевта	371
Приложение А. Рабочий бланк терапевтического случая	375
Приложение Б. Рекомендуемая литература для терапевтов	380
Приложение В. Рекомендуемая литература для пациентов (и терапевтов)	383
Приложение Г. Информация для когнитивных терапевтов	384
Библиография	386
Предметный указатель	393

КОГНИТИВНАЯ КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ

Когнитивная концептуализация обеспечивает терапевту точку отсчета для последующего глубокого понимания пациента. Уже в начале лечения терапевт размышляет над следующими вопросами.

- Каков диагноз пациента?
- Каковы его текущие проблемы; как они возникли и за счет чего существуют?
- Какие дисфункциональные мысли и убеждения пациента поддерживают эти проблемы; какие реакции (эмоциональные, физические и поведенческие) возникли в результате такого искаженного мышления?

Затем терапевт формулирует гипотезу о причинах возникновения у пациента данного расстройства.

- Какие установки, усвоенные в раннем возрасте, пережитый опыт и, возможно, генетические факторы способствовали возникновению проблем?
- Каковы глубинные убеждения пациента (включая отношения, ожидания и правила), а также каковы его типичные мысли?
- За счет каких когнитивных, эмоциональных и поведенческих механизмов, позитивных и негативных, пациент уравнивает свои дисфункциональные убеждения? Как он воспринимал (и воспринимает) себя, окружающих людей, свой внутренний мир и свое будущее?
- Какие стрессовые факторы могли способствовать возникновению его психологических проблем или нарушить его способность разрешить эти проблемы?

Терапевт приступает к построению модели когнитивной концептуализации пациента уже на первой сессии и продолжает уточнять ее вплоть до завершения терапии. Эта живая, непрерывно развивающаяся и дополняющаяся формулировка помогает ему осуществлять наиболее эффективную и целесообразную терапию (Persons, 1989). В основе когнитивной концептуализации лежит *когнитивная модель*, которую мы представляем читателям в этой главе. Также мы обсудим взаимосвязь мыслей и убеждений и познакомимся с Салли; выдержки из ее терапевтических сессий дополняют теоретический материал на протяжении всей книги.

КОГНИТИВНАЯ МОДЕЛЬ

Согласно *когнитивной модели*, эмоции и поведение людей зависят от восприятия ими различных жизненных обстоятельств. Не события сами по себе определяют самочувствие людей, а способ, которым они их *истолковывают* (Beck, 1964; Ellis, 1962). Представьте себе, например, что несколько человек читают книгу об основах когнитивной терапии. У всех возникают различные эмоциональные ответы на полученную информацию в зависимости от того, о чем они думают во время чтения.

Читатель А рассуждает так: “Хм, а это действительно толковая информация. Эта книга поможет мне стать хорошим терапевтом!” Читатель А приятно взволнован.

Читатель Б, напротив, думает: “Это чепуха. Очень поверхностный подход. Это не сработает”. Он разочарован.

Читатель В думает так: “Эта книга не оправдала моих ожиданий. Я зря потратил деньги”. Он раздражен.

Читатель Г думает: “Наверное, мне стоит попробовать применить это в своей работе. Но получится ли у меня?” — и его одолевает тревога.

Мысли читателя Д таковы: “Это очень сложно. Наверное, мне никогда этого не понять. Я не смогу стать хорошим терапевтом”. Читатель Д крайне огорчен.

Таким образом, самочувствие человека зависит от способа интерпретации им жизненных ситуаций. Само по себе событие не определяет эмоциональный ответ, который обусловлен *восприятием* ситуации. Когнитивного терапевта особенно интересует тот пласт мышления, который существует наряду с очевидным, поверхностным уровнем.

Например, читая эти строки, вы можете отметить, что у вас *одновременно* возникает много мыслей. Часть вашего сознания сосредоточена на получении новой информации, то есть вы стараетесь разобраться в тексте. В то же время вас посещают мимолетные оценочные мысли. Мы называем их *автоматическими мыслями*; они не являются результатом размышлений, умозаключений и не обязательно поддерживаются доказательствами. Напротив, эти мысли

возникают как бы сами по себе, зачастую они короткие и обрывочные. Вполне вероятно, что вы, не отдавая себе отчета в их наличии, осознаете эмоции, которые последуют за этими мыслями. В результате вы, скорее всего, слепо примете свои автоматические мысли за правду. Однако в ваших силах научиться распознавать свои автоматические мысли, обращая внимание на изменение своего эмоционального состояния. Когда почувствуете, что погружаетесь в негативные эмоции, спросите себя:

О чем я только что подумал?

Научившись распознавать свои автоматические мысли, вы можете сделать следующий шаг: оценить их *достоверность*. Если вы поймете, что ваши интерпретации ошибочны, и измените их, ваше настроение улучшится. В терминах когнитивной терапии можно утверждать, что когда дисфункциональные мысли поддаются рациональному осмыслению, вслед за этим обычно меняются эмоции. Об оценивании автоматических мыслей подробно говорится в главе 8.

Но откуда берутся автоматические мысли? Что заставляет людей воспринимать одну и ту же или схожие ситуации совершенно по-разному? Для ответа на эти вопросы мы должны представить вам более глубокий и устойчивый когнитивный феномен: убеждения.

УБЕЖДЕНИЯ

Начиная с детства у людей формируются определенные убеждения о самих себе, окружающих и мире в целом. Самые главные, или *глубинные, убеждения* — это установки, которые настолько глубоки и фундаментальны, что люди часто не могут их четко выразить и даже просто осознать. Носитель таких идей расценивает их как чистую правду просто потому, что так “есть”. Например, читатель Д, который думал, что он не способен усвоить текст, мог иметь следующее глубинное убеждение: “Я ни на что не способен”. Подобное убеждение может влиять на этого человека только тогда, когда он страдает депрессией, или же быть активным большую часть времени. Когда этот глубинный взгляд активизируется, читатель Д интерпретирует все происходящее с ним *через призму этого убеждения*, несмотря на то что с позиций здравого смысла соответствующие объяснения могут быть откровенно ошибочными. В данном случае читатель Д, вероятно, склонен принимать во внимание только ту информацию, которая подтверждает его глубинное убеждение, игнорируя или недооценивая информацию, которая ему противоречит. Так он поддерживает глубинное убеждение, даже если оно ошибочное и дисфункциональное.

Например, читатель Д не учитывает, что многие умные и образованные люди не всегда способны полностью разобраться в незнакомом материале при первом прочтении. Он не принимает в расчет и возможность того, что автор мог изложить материал недостаточно доходчиво и понятно. Ему не приходит в

голову, что трудности с пониманием текста могли возникнуть из-за рассеянности, а не глупости. Он забывает, что всегда испытывал трудности, сталкиваясь с большими объемами новой информации, но впоследствии нередко добивался завидного успеха. Находясь под влиянием активизировавшегося убеждения в собственной неспособности, этот человек автоматически интерпретирует ситуацию преувеличенно негативным способом и обвиняет в мнимой неудаче самого себя.

Глубинные убеждения — фундаментальный уровень убеждений; они всеобъемлющие, укоренившиеся и плохо поддающиеся изменениям, а также сверхобобщенные. С другой стороны, *автоматические мысли* — вербальные формулировки или образы — можно считать наиболее поверхностным уровнем познавательной деятельности. В следующем разделе представлены промежуточные убеждения, которые занимают место между глубинными убеждениями и автоматическими мыслями.

ОТНОШЕНИЯ, ПРАВИЛА И ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ

На основе глубинных убеждений формируются *промежуточные убеждения* (которые также зачастую не поддаются четкому выражению словами), включающие *отношения, правила и предположения*. Читатель Д, например, может иметь следующие промежуточные убеждения.

Отношение: “Как ужасно быть ни на что не способным!”

Правила/ожидания: “Я должен постоянно упорно трудиться”.

Предположение: “Если я буду упорно трудиться, я, возможно, смогу достичь того, чего другие люди добиваются без особых усилий”.

Эти убеждения влияют на восприятие человеком ситуации, которое в свою очередь определяет способ его мышления, а затем — его эмоции и поведение. Взаимосвязь этих промежуточных убеждений, глубинных убеждений и автоматических мыслей можно представить следующим образом.

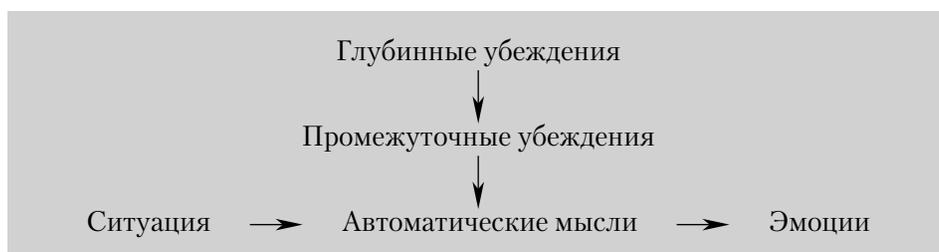


Откуда берутся глубинные и промежуточные убеждения? С раннего детства люди стремятся постичь окружающий мир. Чтобы адаптироваться к различным обстоятельствам и организовать свой опыт в определенную систему, они ищут в происходящем с ними логические взаимосвязи (Rosen, 1988). Взаимодействие с миром и другими людьми приводит к формированию и усвоению определенных выводов, то есть убеждений, точность и функциональность которых могут варьироваться. Особо важен для когнитивного терапевта тот факт, что человеку под силу отказаться от дисфункциональных убеждений и приобрести новые, которые будут более функциональными и реалистичными. Этой цели можно достичь в процессе когнитивной терапии.

В большинстве случаев первоначальное внимание терапевта обращено на автоматические мысли пациента, которые ближе всего к сознательному уровню. Чтобы улучшить самочувствие пациента и обнадежить его, терапевт учит его выявлять, оценивать и изменять проблемные мысли. И лишь затем терапевт обращается к убеждениям, которые поддерживают дисфункциональные идеи. Значимые промежуточные убеждения и глубинные убеждения подвергаются всестороннему анализу и затем изменяются, с тем чтобы изменилось восприятие пациентом себя, других людей и окружающего мира. Эти глубинные изменения снижают вероятность рецидива расстройства в будущем (Evans и др., 1992; Hollon, DeRubeis, & Seligman, 1992).

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПОВЕДЕНИЯ И АВТОМАТИЧЕСКИХ МЫСЛЕЙ

Когнитивную модель, как мы пояснили ранее, графически можно представить следующим образом.



В определенной ситуации скрытые убеждения человека (глубинные и промежуточные) влияют на восприятие им этой ситуации, вследствие чего возникают автоматические мысли, характерные именно для этой ситуации. Эти мысли в свою очередь обуславливают эмоциональную реакцию.

Более того, автоматические мысли также формируют поведение и часто бывают причиной физиологического ответа организма, как это показано на рис. 2.1.

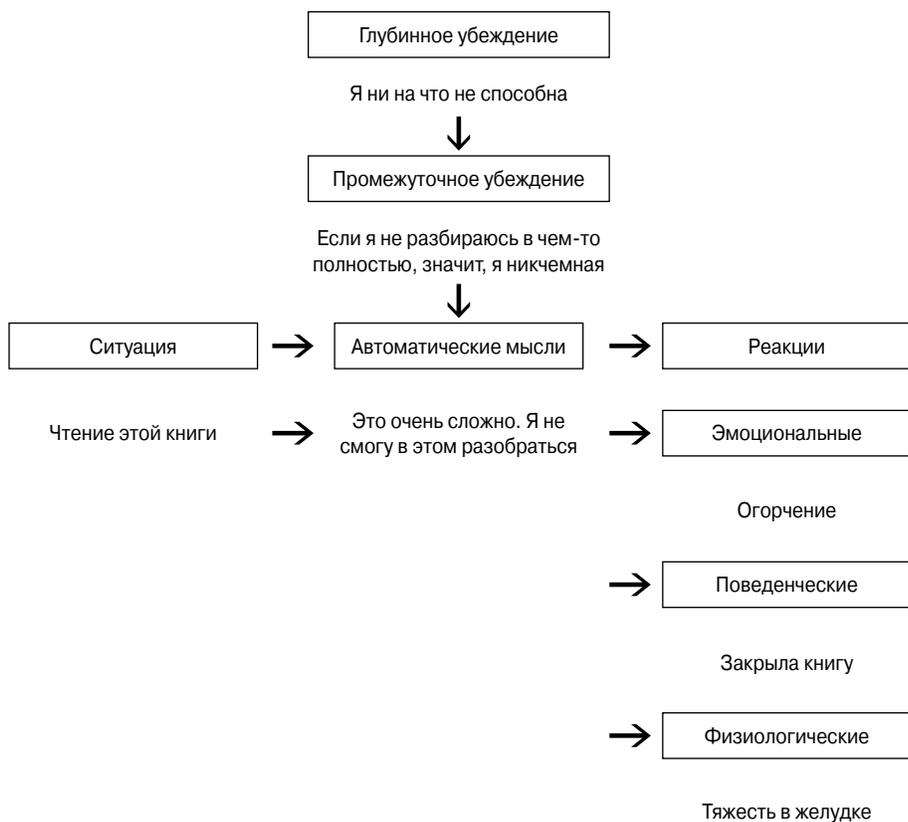


Рис. 2.1. Когнитивная модель

Читатель, который думал: “Это очень сложно. Мне никогда в этом не разобраться”, не просто огорчен, он испытывает чувство тяжести в животе и закрывает книгу. Конечно, если бы он умел *оценивать* свое мышление, то его эмоции, физиологическое состояние и поведение могли бы оказаться совсем другими. Например, он мог ответить своим мыслям так: “Минуточку! Возможно, это действительно трудно, но вовсе *не* невыполнимо. Я не раз разбирался в материалах подобной степени сложности. Если я проявлю настойчивость, я справлюсь”. Ответив так своим мыслям, он преодолел бы свое огорчение и спокойно продолжил чтение.

Но почему у читателя Д возникли мысли, из-за которых он огорчился, а у его соседа — нет? Потому что восприятие им ситуации было обусловлено глубинными убеждениями в собственной неспособности.

Как мы объяснили в начале этой главы, терапевту следует концептуализировать трудности пациента в когнитивных терминах. Это даст ему возможность определиться в отношении дальнейшего хода терапии, сформулировать цели, успешно работать с автоматическими мыслями, убеждениями или

поведением пациента; выбирать подходящие техники и формировать терапевтический альянс. Главный вопрос, который должен задать себе терапевт: “Почему этот человек сидит передо мной? В чем он уязвим? Как он компенсировал свои слабости, как справлялся с ними? Какие жизненные события (травмы, опыт, взаимодействие) оказали на него влияние? Какие автоматические мысли возникают у него и какими убеждениями они вызваны?”

Чтобы проявить по отношению к пациенту эмпатию — не только понять, что он чувствует, но и донести это понимание до пациента, — терапевт должен взглянуть на мир его глазами. Терапия окажется успешной лишь тогда, когда учтена личная история пациента и система его убеждений, приняты в расчет особенности его восприятия, образ мыслей, эмоций и поведения.

Относитесь к процессу терапии как к путешествию, в котором концептуализация выполняет функцию дорожной карты. Вначале терапевт и пациент обсуждают цели терапии (“пункт назначения”). Туда ведет множество путей и дорог; например, можно двигаться по скоростной трассе или по проселочным ухабистым дорогам. Иногда, столкнувшись с препятствием, приходится менять первоначальный план путешествия и идти в обход. Приобретая опыт в концептуализации, терапевт постепенно наносит на “карту” мелкие детали, делает ее более подробной и точной, чем добивается большей целесообразности и эффективности терапии. (Тем не менее предостерегаем начинающих терапевтов от излишней самоуверенности. Вначале имеет смысл предположить, что, возможно, терапию не удастся осуществить самым лучшим способом.)

Концептуализация начинается на первой сессии и уточняется (дополняется) на каждой последующей, вплоть до завершения терапии. Основываясь на первоначально предоставленной ему информации, терапевт формулирует гипотезу относительно пациента. На основе новых данных он подтверждает гипотезу, опровергает ее или корректирует. Концептуализация, таким образом, не является жесткой структурой, она подвижна.

На определенном этапе терапевт представляет свою гипотезу пациенту и просит оценить ее достоверность. В большинстве случаев, если гипотеза правдомерна, пациент подтверждает ее: соглашается, что картина, нарисованная терапевтом, соответствует истинному положению дел.

ПРИМЕР СЛУЧАЯ

Салли — 18-летняя студентка первого курса колледжа — обратилась за помощью в связи с постоянно подавленным настроением, тревожностью и чувством одиночества. Терапевт диагностировал у Салли депрессию средней степени тяжести, которая началась четырьмя месяцами раньше, в первый месяц учебы в колледже.

Большинство вопросов, на которые пришлось ответить Салли, были стандартными, помимо нескольких, которые помогли терапевту начать построение когнитивной концептуализации. Например, терапевт спросил Салли, когда она чувствует себя хуже всего — в каких ситуациях и в какое время суток. Девушка ответила, что хуже всего ей по вечерам, когда она ложится в постель и старается уснуть. Терапевт уточнил: *“А о чем вы думаете, когда стараетесь уснуть? Какие мысли вас посещают?”*

Салли сообщила, что мысли обычно такие: “Я никогда не закончу курсовую работу”, “Меня отчислят из колледжа за неуспеваемость”, “Я ничтожество и ничего в жизни не достигну”. Салли также рассказала, что часто представляет себя с чемоданом в руке, устало бредущую по улицам без цели. Она видит себя подавленной, она в отчаянии! Так, уже на первой сессии, терапевту удастся выявить важные автоматические мысли пациентки.

В дальнейшем терапевт дополняет сформулированную им первоначальную модель концептуализации, используя при этом рабочий бланк терапевтического случая (приложение А) и диаграмму концептуализации (см. главу 10, рис. 10.2).

ГЛУБИННЫЕ УБЕЖДЕНИЯ САЛЛИ

Будучи ребенком, Салли старалась понять себя, других людей и окружающий мир. Ее убеждения сформировались на основе ее собственного опыта, взаимодействия с окружающими, непосредственных наблюдений, а также явных и скрытых посланий, полученных от других людей.

Например, старший брат Салли был очень способным. Его достижения не шли ни в какое сравнение с успехами младшей сестры. Так Салли начала верить (хоть и никогда об этом не говорила), что она ни на что не способна и — в целом — никчемна. Во всем, что она делала, Салли сравнивала себя со своим братом, и неизменно не в свою пользу. Ее часто посещали такие мысли: “Я рисую хуже его”, “Он ездит на велосипеде лучше меня”, “Я никогда не научусь читать так хорошо, как он”.

Подобные дисфункциональные убеждения формируются далеко не у всех детей, имеющих старших братьев или сестер. Но взгляды Салли поддерживала и даже усиливала ее мать, которая слишком часто осуждала и критиковала свою дочь: “Ты бестолковая девчонка! Неужели ничего не можешь сделать как положено?”, “У твоего брата отличный табель, а ты? Из тебя ничего путного не выйдет!”. Как и большинство детей, Салли придавала большое значение таким словами, поскольку верила, что мама во всем права. Критика, а также прямые и косвенные обвинения в неспособности сделали свое дело: Салли в конце концов совершенно уверилась в том, что она — ничтожество.

Во время учебы в школе Салли постоянно сравнивала себя с одноклассниками. Хотя успеваемость ее была выше средней, Салли сравнивала себя только

с лучшими учениками, разумеется, снова не в свою пользу. Она думала: “Они учатся лучше меня”, “Я никогда не разберусь в этой теме так хорошо, как они”. Таким образом, убеждение в собственной неполноценности укреплялось еще больше. Зачастую Салли не замечала фактов, которые противоречили ее убеждению, или преуменьшала их значимость. Получив хорошую оценку по контрольной работе, Салли рассуждала: “Просто задания оказались очень легкими”. Она начала заниматься бальными танцами и скоро стала одной из лучших в своей группе. При этом она думала: “Я никогда не научусь танцевать так, как наша преподавательница”.

Салли давала событиям негативные интерпретации, подтверждающие ее дисфункциональные убеждения. Например, когда мать кричала на Салли из-за табеля со средними оценками, обвиняя дочь в непроходимой тупости, Салли думала: “Мама, конечно же, права. Я полная дура и бестолочь”. Все происходящие с ней негативные события девочка воспринимала как доказательство собственной неполноценности. К тому же, добиваясь успехов (например, победа в школьном танцевальном конкурсе), Салли часто преуменьшала свою роль в случившемся: “Мне просто повезло. Это произошло по счастливой случайности”.

Так, год за годом, негативное глубинное убеждение Салли в собственной неспособности и никчемности укреплялось. Тем не менее оно не стало твердым, как скала. Отец Салли поддерживал ее и не боялся похвалить. Например, когда он учил дочь играть в баскетбол, то предпочитал не порицать ее за неудачи, а напротив, поощрять за удачные попытки. “Хорошо... отличный удар! У тебя получилось... Так держать, Салли!” Некоторые школьные учителя тоже хвалили Салли за хорошо выполненные задания. У девочки сложились хорошие отношения со сверстниками. Салли видела, что стоит ей потрудиться, и многое получалось у нее лучше, чем у ее друзей (например, игра в баскетбол). Итак, у Салли сформировалось также и уравновешивающее позитивное убеждение в том, что хоть в чем-то она может быть успешной.

Другие глубинные убеждения Салли, касающиеся окружающего мира и людей, были в основном позитивными и функциональными. В целом она воспринимала людей как дружелюбных, заслуживающих доверия и принимающих ее, а мир — как относительно безопасное, стабильное и предсказуемое место.

Итак, глубинные взгляды Салли на себя, окружающих и мир являются базовыми убеждениями, которые она не осознавала до тех пор, пока не обратилась за помощью к когнитивному терапевту. Обычно более активными у нее были позитивные убеждения, но с началом депрессии начинали доминировать негативные глубинные убеждения.

ОТНОШЕНИЯ, ПРАВИЛА И ПРЕДПОЛОЖЕНИЯ САЛЛИ

Промежуточные убеждения Салли, включающие отношения, правила и предположения, были менее прочными структурами по сравнению с ее глубинными убеждениями. Эти промежуточные убеждения сформировались у нее таким же образом, как и глубинные убеждения: по мере развития Салли и ее попыток понять мир, окружающих, себя. Благодаря взаимодействию со значимыми людьми (особенно с членами ее семьи) у Салли сформировались следующие отношения и правила.

“Я должна добиваться успеха во всем, что делаю”.

“Я должна все выполнять наилучшим образом”.

“Нельзя давать себе поблажки”.

Как и в случае с глубинными убеждениями, Салли не смогла бы четко выразить эти установки. Однако промежуточные убеждения оказывали большое влияние на ее мышление и поведение. Например, в старших классах школы Салли отказалась участвовать в выпуске школьной стенной газеты (хотя на самом деле ей было очень интересно), поскольку опасалась, что не сможет писать достаточно хорошие статьи. Накануне экзаменов Салли всегда тревожилась (ожидая, что ее постигнет неудача) и испытывала чувство вины (порицая себя за то, что упустила время и не подготовилась как следует).

Когда в ее сознании господствовали позитивные глубинные убеждения, девушка относилась к себе гораздо лучше, хотя никогда не считала себя полноценной, успешной и удачливой. У Салли сформировалось предположение: “Если я буду очень стараться, я преодолею свою неспособность и буду учиться хорошо”. Но во время депрессии это предположение не действовало, и Салли заменяла его другим: “У меня столько недостатков, что у меня никогда ничего не получится”.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ САЛЛИ

Уверенность в собственной неполноценности всегда причиняла Салли эмоциональную боль, для защиты от которой она выработала определенные поведенческие стратегии. Следуя своим промежуточным убеждениям, Салли чрезвычайно старательно училась в школе и не щадила себя, занимаясь спортом. Особенно тщательно она готовилась к экзаменам. Также она проявляла повышенную бдительность в отношении фактов, подтверждающих ее неспособность, и удваивала свои усилия в случае неудачи. Из страха обнаружить свою неполноценность перед окружающими Салли крайне редко обращалась за помощью.

АВТОМАТИЧЕСКИЕ МЫСЛИ САЛЛИ

Хотя Салли не могла бы четко сформулировать свои глубинные и промежуточные убеждения, она, как минимум, осознавала свои автоматические мысли, возникавшие в определенных ситуациях. В старших классах школы (когда у нее еще не было депрессии), она решила записаться в секцию женского софтбола и хоккея. Ее приняли в секцию софтбола, и она подумала: “Отлично! Теперь я попрошу папу позаниматься со мной”. И когда ее не приняли в хоккейную команду, Салли была разочарована, но не обвиняла себя в никчемности.

Однако в колледже у Салли началась депрессия. И однажды, когда студенты, живущие в ее общежитии, решили провести дружеский бейсбольный матч, подавленное состояние Салли повлияло на ее мышление: “Я играю плохо. Я не сумею забить мяч”. Получив оценку “удовлетворительно” на экзамене по английской литературе, Салли подумала: “Я дура. Наверное, я не закончу даже первый курс. Меня вышвырнут из колледжа”.

Подводя итог, отметим, что в старших классах школы, когда у Салли не было депрессии, в ее сознании доминировали позитивные глубинные убеждения, благодаря которым ее мысли отражали реальность. С поступлением в колледж (и началом депрессии) активизировались негативные глубинные идеи Салли, из-за чего она стала смотреть на мир словно сквозь замутненное стекло. Она во всем видела негативный подтекст, а ее депрессивные мысли зачастую не отражали реальность. Эти искаженные мысли повлияли на поведение Салли, и она стала вести себя как человек, обреченный на провал. Неудивительно, что девушка сполна получала дополнительные доказательства собственной неполноценности и неспособности.

ПРИЧИНЫ ДЕПРЕССИИ У САЛЛИ

Почему у Салли возникла депрессия? Безусловно, свою роль сыграли ее негативные убеждения. Едва поступив в колледж, Салли пережила несколько ситуаций, которые интерпретировала крайне негативно. Одно из этих происшествий случилось уже в первую неделю учебы. Она разговаривала с несколькими однокурсниками, которые рассказывали о том, что благодаря сертификатам, полученным еще в школе, в колледже их освободили от посещения занятий по нескольким основным дисциплинам. Салли, у которой не было никаких сертификатов, подумала, что эти студенты, должно быть, намного способнее ее. На занятии по экономике профессор подчеркнул, что просит студентов выполнять все его требования по данному курсу, и в голове у Салли пронеслась мысль: “Я не смогу провести исследование”. Девушка не разобралась в материале первой главы учебника по статистике, и ее охватило отчаяние: “Если мне непонятна первая глава, как я буду учиться дальше?!”

Таким образом, Салли привыкла интерпретировать события и ситуации в самом мрачном свете, основываясь на своих негативных убеждениях. Она не анализировала свои депрессивные мысли, а принимала их на веру. К развитию депрессии привели *не* мысли и убеждения. Однако с началом расстройства эти когнитивные установки стали играть ведущую роль и жестко обуславливали ее подавленное состояние. Депрессия же возникла вследствие совокупности биологических и психологических факторов.

Например, с каждым днем у Салли возникало все больше удручающих мыслей в отношении себя. Ее одолела тоска. Она накинулась на учебу и проводила непозволительно много времени за учебниками. Но концентрация внимания у Салли снизилась, и она чувствовала, что “все впустую”. Обвинив во всех своих бедах себя, Салли ощутила полную безнадежность: “Что со мной происходит? Я не должна этого чувствовать. Почему мне так плохо? Что же мне делать?” Салли начала избегать общества сокурсников и перестала звонить старым друзьям, которые всегда ее поддерживали. Она прекратила занятия бегом и плаванием, которые дарили ей чувство успеха и удовлетворения достигнутым. Теперь Салли испытывала острую нехватку позитивных ощущений. Наконец у девушки пропало не только желание двигаться, но и аппетит и сон. Она полностью обессилела. Возможно, у нее была генетически обусловленная предрасположенность к депрессии, однако ее восприятие ситуаций и поведение в различных обстоятельствах способствовали обострению биологической и психологической уязвимости, что и привело к возникновению расстройства.

ВЫВОДЫ

Концептуализация пациента в когнитивных терминах необходима для того, чтобы определить наиболее целесообразный и эффективный способ лечения, а также проявить по отношению к пациенту эмпатию — главный компонент, необходимый для установления хороших рабочих отношений. Вопросы, помогающие осуществить концептуализацию, таковы.

- Что привело к развитию расстройства у пациента?
- Какие в его жизни были значимые события, опыт и взаимодействие с окружающими?
- Каковы основные (глубинные) убеждения пациента в отношении себя, мира и людей?
- Каковы его предположения, ожидания, правила и отношения (промежуточные убеждения)?
- Какие стратегии использует пациент, чтобы справиться с влиянием негативных убеждений?

- Благодаря каким автоматическим мыслям, образам и поведению существует это расстройство?
- Как убеждения пациента проявляются в различных жизненных ситуациях и делают пациента уязвимым — подверженным данному расстройству?
- Что происходит в жизни пациента в настоящее время и как он это воспринимает?

Итак, концептуализация начинается уже на первой терапевтической сессии и продолжается в дальнейшем, подвергаясь изменениям при получении новых сведений. Терапевт формулирует гипотезу, основываясь на полученных им первоначальных сведениях о пациенте, используя самые очевидные объяснения и воздерживаясь от интерпретаций и догадок, которые не основаны на фактических данных. По ключевым вопросам терапевт проверяет модель концептуализации с пациентом, чтобы убедиться в ее точности и помочь пациенту понять себя и свои трудности. Мы подчеркиваем значение процесса концептуализации на протяжении всей книги; в главах 10 и 11 мы показываем, как жизненные события формируют понимание пациентом себя и окружающего мира.