

ВСТУП
У КОГНІТИВНО-
ПОВЕДІНКОВУ
ТЕРАПІЮ

ВІДГУКИ ПРО КНИЖКУ

«Якщо б ви могли придбати лише одну книжку з КПТ, то це саме та перлина, яку ви шукаєте. Вступ до когнітивно-поведінкової терапії пропонує вичерпні та практичні підсумки принципів КПТ, методів і протоколів лікування. Досвідчені клініцисти оцінять складні клінічні випадки, які супроводжуються короткими підсумками концептуальних та наукових принципів. Книжка написана чіткою і доступною мовою, зрозумілою терапевтам-початківцям, а також буде для них великою допомогою у вивченні КПТ».

Крістін А. Падескі (Christine A. Padesky), співавтор книжок «Collaborative Case Formulation» та «Mind over Mood»

«Когнітивно-поведінкова терапія еволюціонувала у велику родину теорій, моделей і терапевтичних стратегій. Ця книжка – дуже добре впорядкований, вичерпний і доступний вступ до КПТ. Особливо помітний у ній досвід авторів щодо розуміння масштабів і складності КПТ, завдяки чому ця праця є ґрунтовним оглядом сучасного стану знань та практики.

Книга має багато переваг, але є дві основні. По-перше, ця праця справді прагне допомогти терапевтам зрозуміти модель КПТ, подаючи для цього практичні вказівки, конкретні приклади випадків та навчальні вправи. А, по-друге, розділи, присвячені підготовці та супервізії терапевтів, надають ґрунтовну й вичерпну інформацію про те, як отримати максимум від навчання та супервізії. Ця книжка допоможе повністю розкрити потенціал КПТ-терапевтів, щоб вони могли допомагати своїм клієнтам».

Професор Віллем Кайкен (Willem Kuyken), Центр афективних розладів

«Це чудово бачити першокласну книжку, доповнену новою інформацією про культуральні відмінності, компетентності й доступність. Студентам та викладачам, а також і досвідченим практикам піде на користь докладне прочитання цього нового видання, зокрема вдосконалений матеріал із вивчення клінічних випадків і вправи для студентів. Як завжди у цих авторів, досконалість творить досконалість».

Професор Дейвід Річардс (David Richards), працює у галузі охорони психічного здоров'я, Ексетерський університет

«Ця книга є ґрунтовним сучасним і надзвичайно доступним вступом до теорії когнітивно-поведінкової терапії та розуміння її основних навичок. Очевидний великий терапевтичний та викладацький досвід авторів. Вони пропонують чітку й вичерпну основу щодо всіх аспектів терапії та запрошують до активної участі через навчальні вправи, представлені наприкінці кожного розділу. Текст насичений прикладами, скриптами терапевтичних сесій з метою демонстрації та висвітлення описаних КПТ-технік. Зміст першого видання було оновлено, щоб відобразити зміни в основах теорії КПТ та доказовій базі цього широкозастосовного, емпірично обґрунтованого та рекомендованого сучасними протоколами методу. Це важлива книга для психологів, психотерапевтів, які вивчають когнітивно-поведінкову терапію. У цій книжці є унікальна інформація для тих, хто прагне більше дізнатися про цінність цього методу в лікуванні депресії та тривожних розладів».

Доктор Гіларі Меарс (Hilary Mairs), Школа медсестринства, акушерства і соціальної роботи, Манчестерський університет

«Це чудова книга з багатими на клінічний матеріал розділами, де акцентовано не лише на розумінні суті КПТ, а й на практичному застосуванні цього методу. Вона містить корисний і зрозумілий огляд розвитку КПТ та її основних принципів. Тут обговорено цінні навички, важливі для успішної терапії. Книга особливо помітна терапевтам-початківцям, вона наголошує на тому, що власне терапевт-початківець не повинен ставити собі за мету одразу стати експертом; замість цього йому варто вчитися працювати в команді з клієнтом, щоб зрозуміти, що відбувається. Книга містить докладний огляд важливості терапевтичних стосунків у КПТ, а також у ній наведено корисні дискусії та поради щодо культурних відмінностей і терапевтичних рамок».

Роб Еллісон (Rob Allison), кафедра медсестринства, Йоркський університет



**ІНСТИТУТ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я
УКРАЇНСЬКОГО КАТОЛИЦЬКОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

ВИДАВНИЧА СЕРІЯ «ПСИХОЛОГІЯ. ПСИХІАТРІЯ. ПСИХОТЕРАПІЯ»



ДЕЙВІД ВЕСТБРУК, ГЕЛЕН КЕННЕРЛІ, ДЖОАН КІРК

ВСТУП У КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВУ ТЕРАПІЮ

Переклад *Яни Кремінської*

Наукова редакція *Катерини Явної та Олега Романчука*

Передмова *Олега Романчука*

**ВИДАННЯ УКРАЇНСЬКОГО ІНСТИТУТУ
КОГНІТИВНО-ПОВЕДІНКОВОЇ ТЕРАПІЇ**



ВИДАВНИЦТВО «СВІЧАДО»
Львів 2014

УДК 159.97
ББК 56.14
В38

Перекладено з англійської за виданням:

David Westbrook, Helen Kennerley, Joan Kirk. An Introduction to Cognitive Behavioral Therapy. – 2nd ed. London: Sage, 2011.

*Висловлюємо глибоку вдячність доброчинцю
Оксані Сиротяк, завдяки фінансовій підтримці якої
стало можливим видання цієї книжки*

Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж.

В38 Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. – Львів: Свічадо, 2014. – 410 с.

ISBN 978-966-395-735-7

«Вступ у когнітивно-поведінкову терапію» – це сучасний підручник із КПТ, провідного, сучасного методу психотерапевтичної допомоги, який написали фахівці з Оксфордського центру когнітивної терапії. Доступність і водночас науковість викладу, аналіз сучасних досліджень, велика кількість клінічних демонстрацій, ілюстративних матеріалів, навчальні вправи роблять цей підручник безсумнівним лідером серед підручників з КПТ. Ця книжка – перше видання книги з КПТ українською мовою.

Для фахівців сфери охорони психічного здоров'я: психіатрів, психотерапевтів, психологів, соціальних працівників, медичних сестер, а також студентів цих спеціальностей.

УДК 159.97
ББК 56.14

ISBN 978-1-84860-687-6 (англ.)
ISBN 978-966-395-735-7 (укр.)

© Sage, 2011
© Український інститут когнітивно-поведінкової терапії, 2014
Усі права застережено

ПЕРЕДМОВА

Вдивляючись в обкладинку цієї книжки – у сузір'я нейронів та зір – думається про два всесвіти: той, який довкола нас, і той, що всередині нас... Хтось сказав, що ми навіть не здогадуємось, що той всередині – значно більш незвіданий і неосяжний... Той перший всесвіт – зірковий – вабить нас своїм безмежжям, невідомістю. Той другий – можливо, іноді не так виблискує, як небесні світила, втім його освоєння – дуже важливе для кожної людини. Бо від того, що діється всередині нас, насправді залежить наше щастя і щастя тих людей, з якими ми розділяємо наше життя...

Сьогодні людство дедалі більше усвідомлює важливість здорового розвитку та гармонії отого «внутрішнього всесвіту» – або ж, іншими словами, важливість психічного здоров'я. З досліджень відомо, що проблеми з психічним здоров'ям насправді дуже поширені, і впродовж життя з ними може зіткнутися майже щотретья людина, а впродовж дитинства і юності – щодесята. Інвалідизація від деяких психіатричних захворювань може бути дуже висока. До прикладу, за оцінками експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я до 2020 року негативний вплив депресії на якість життя людей на земній кулі посяде друге місце серед усіх хвороб, поступаючись лише серцево-судинним захворюванням. У світі щороку від самогубства гине майже мільйон осіб, а в багатьох країнах це одна з трьох перших причин смерті молоді, поряд з онкологічними захворюваннями та нещасними випадками. Ми свідомі, наскільки масштабними є проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголем та наркотиками, антисоціальною поведінкою. Епідеміологічні дослідження також свідчать, що низка таких умовно «легких» розладів, як-от, тривожні розлади, посттравматичний стресовий розлад, які входять до найпоширеніших проблем психічного здоров'я, насправді, попри свою «легкість», без вчасної та ефективної допомоги можуть мати виражений негативний вплив на якість життя людини.

Тож як розв'язувати ці проблеми, як лікувати ці розлади і як їм запобігти? Звісно, комплексність цих проблем вимагає не одного, а багатьох підходів, і загалом системної політики. Втім однозначно важливою частиною фахової допомоги людям, які страждають від психічних розладів, є психотерапевтична допомога. І серед

багатьох підходів когнітивно-поведінкова терапія – один із провідних, сучасних методів психотерапії з науково доведеною ефективністю. Саме тому цей метод сьогодні так активно розвивається і поширюється. Він ґрунтується на доведених наукових теоріях, що пояснюють механізми походження та підтримки психічних розладів, пропонує емпірично перевірені техніки й підходи до лікування. Відданість науці, критичне ставлення до власних теоретичних моделей і підходів, вимога до їх ретельного емпіричного тестування у клінічних умовах, відкритість до інтеграції наукових даних і практичних технік з інших, суміжних галузей знань, роблять когнітивно-поведінкову терапію методом, який динамічно розвивається та швидко еволюціонує. За останнє десятиліття ми були свідками розвитку у КПТ майже десятка нових підходів «третьої хвилі». Сьогодні більшість сучасних протоколів рекомендують КПТ як одне з основних втручань при багатьох розладах, зокрема депресії, тривожному розладі, посттравматичному стресовому розладі, розладах харчової поведінки тощо. З огляду на це уряди багатьох розвинених західних держав, до прикладу, Великої Британії, багато інвестують у підготовку КПТ-терапевтів для національної системи охорони здоров'я задля забезпечення доступності КПТ тим, хто цього потребує.

Тому радісно вітаю появу цієї книжки – першого українськомовного підручника з когнітивно-поведінкової терапії в Україні. І водночас вітаю розвиток КПТ у нашій країні, де вона дуже потрібна і зможе допомогти багатьом людям.

Ця книжка має свою історію і свою дорогу до України. Читаючи її, чую голос Дейвіда Вестбука, – який уже переступив поріг Вічності, – нашого дорогого колеги, наставника та друга, котрий свого часу допоміг започаткувати у Львові трирічну навчальну програму з когнітивно-поведінкової терапії на основі моделі такої ж програми Оксфордського центру когнітивної терапії, яким тоді він керував. Згадую семінари Дейвіда та його талант робити складні речі простими і зрозумілими, а також його клінічну майстерність у викладанні мистецтва КПТ. Підхід, який пропонує Оксфордська школа КПТ, акцентує на розумінні індивідуальності кожного випадку, на творчому застосуванні технік КПТ та адаптації протоколів до реальностей кожної неповторної особи, яка приходить на терапію. Цей підхід, який Дейвід також демонстрував у той спосіб, у який він викладав свої семінари, вчить насамперед клінічного мислення і активної співпраці з клієнтом. В одному з інтерв'ю,¹ яке він дав для Українського інституту КПТ, відповідаючи на запитання «Як вивчити КПТ?», з тонким британським гумором Дейвід наголосив на тому, що для успішної терапії треба насамперед будувати співпрацю та довіру з клієнтом і берегти їх, бо «якщо Ви забудете поставити якесь запитання, то це не так страшно, Ви зможете поставити його на наступній сесії, але якщо Ви не збудуєте і не збережете взаємин із клієнтом, то на наступну сесію клієнт може не прийти, і кому Ви тоді ставитимете запитання?...».

Дейвід побудував з Україною дружні взаємини. Він цікавився нашою історією та культурою, він цінував час, проведений тут, тепло і захопливо відгукувався про українців, зокрема про фахівців, які брали участь у його семінарах. Він вірив

¹ Інтерв'ю можна подивитися на відеопорталі веб-сайту Українського інституту КПТ: www.i-cbt.org.ua

у потенціал цих фахівців і перспективи розвитку методу в Україні та формування української школи КПТ загалом. Він сприяв виданню цієї книжки в Україні і радів, що вона буде перекладена українською мовою. Він обіцяв приїхати на презентацію, і вже були придбані квитки на літак... Втім раптово, несподівана ДТП зупинила його не тільки дорогою додому, але й дорогою до України... Під час останнього візиту, сидячи в одному зі своїх улюблених львівських ресторанчиків, Дейвід розповідав, що планує залишити посаду директора Оксфордського центру когнітивної терапії, що хоче написати три книжки, і що обіцяє, як буде на то здоров'я, щороку приїжджати до України і викладати КПТ... Може здаватися, що ці плани перекреслені. А може, якраз навпаки? Цією книжкою та розвитком тих програм, які він допоміг започаткувати, і які розвиваються не тільки у Львові, але й інших містах України, Дейвід буде в Україні набагато довше і набагато частіше, ніж він планував – і десь з-поміж тих зірок, не лише на небі, але й на обкладинці книжки, він дивиться на нас... І в наших серцях – світла пам'ять про нього...

А нам, на разі, ходити тут землею і мандрувати отими внутрішніми всесвітами – бо чи ж не в тому праця психотерапевта? – і творити, розвивати КПТ в Україні, загалом дбати про розвиток сфери охорони психічного здоров'я... Сміливо творити не тільки власний терапевтичний стиль, а йти далі: відкривати нові обрії у КПТ, реалізовувати науково-дослідницькі проекти, створювати клінічні програми, надавати якісну допомогу людям, творити спільноту фахівців. Сьогодні важливо інтегрувати КПТ в українську культурну ментальність, збагачувати КПТ красою української мови, її метафоричністю та поетичністю. Вірю, що згодом на книжкових полицях українських фахівців будуть не лише перекладені видання, а й праці, написані з досвіду роботи в українських реаліях... Я впевнений, що шлях розвитку КПТ в Україні буде дуже цікавим і плідним...

Тож щиро вітаю у спільноті українських КПТ-фахівців усіх, хто взяв до рук цю книжку і цим самим уже став на цей шлях. І бажаю усім нам щасливої дороги!

*Олег Романчук,
голова Правління Українського інституту
когнітивно-поведінкової терапії,
директор Інституту психічного здоров'я
Українського Католицького Університету*



**Дейвіду Вестбруку
(1950–2013)**

дорогому Учителю, колезі, другові
від спільноти КПТ-фахівців України
глибока вдячність за допомогу
у розвитку КПТ в Україні.

Вічная пам'ять...

ПРО АВТОРІВ

Дейвід Вестбрук (David Westbrook, 1950–2013) – клінічний психолог-консультант і экс-директор Оксфордського центру когнітивної терапії (ОЦКТ). Перед навчанням на клінічного психолога він працював медбратом у психіатричному відділенні, а згодом став старшим медбратом відділення поведінкової терапії у Лондоні. Це привело його до зацікавлення когнітивною терапією, якої Дейвід навчався у багатьох провідних КПТ-терапевтів світового рівня. Він застосовував КПТ понад 25 років, працював в ОЦКТ, де проводив навчання, супервізії та дослідження. Так само працював клінічним психологом Національної служби охорони здоров'я, спеціалізуючись на допомозі пацієнтам із важкими комплексними проблемами. Мав акредитацію терапевта, супервізора й викладача Британської асоціації поведінкової та когнітивної психотерапії. Дейвід Вестбрук був консультантом Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії з розроблення базової навчальної програми з КПТ, а також викладачем цієї програми у 2011–2012 роках.

Гелен Кеннерлі (Helen Kennerley) – клінічний психолог-консультант, працює у Національній службі охорони здоров'я. Більшість часу присвячує роботі в Оксфордському центрі когнітивної терапії (ОЦКТ), де керує відділенням Спеціальних досліджень когнітивної терапії, а також викладає КПТ і проводить супервізії. Її клінічна робота в Національній службі охорони здоров'я переважно полягає у допомозі людям, які пережили травми, мали травматичний досвід у дитинстві. Вона застосовує КПТ вже понад 25 років; викладала в Оксфорді та США. Гелен Кеннерлі – одна із засновників Оксфордського центру когнітивної терапії, написала декілька популярних когнітивно-терапевтичних книг із самопомоги. Британська асоціація поведінкової та когнітивної психотерапії 2002 року номінувала її на нагороду як найвпливовішу у Великій Британії жінку-когнітивного психотерапевта. Має акредитацію терапевта, супервізора й викладача Британської асоціації поведінкової та когнітивної психотерапії. Гелен є також викладачем навчальної програми з КПТ Українського інституту КПТ.

Джоан Кірк (Joan Kirk) – клінічний психолог-консультант, працює у цій сфері вже понад 40 років; викладала у Ліверпулі, Единбурзі та Оксфорді. Її початкове поведінкове спрямування у 1970-х роках поступово змінилось на когнітивно-поведінкову позицію. Вона прагнула поширювати метод, і тому з ентузіазмом викладала, проводила супервізії, дослідження, а також писала. Багато років вона була головою Оксфордської служби клінічної психології для дорослих, де започаткувала Оксфордський центр когнітивної терапії і стала його першим директором. У 2004 році вона залишила Національну службу охорони здоров'я і відтоді працює приватно. Джоан Кірк – член Британського психологічного товариства, а також акредитований терапевт Британської асоціації поведінкової та когнітивної психотерапії.

1

Основи теорії, історія та сучасний стан розвитку КПТ

ВСТУП

У цьому розділі ми представимо вам важливі основи когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), включаючи основи теорії та історію розвитку методу. Розпочинаємо саме з цього, тому що іноді КПТ критикують, називаючи простим шаблонним підходом до терапії: мовляв, якщо клієнт має таку проблему, то застосуйте цю техніку і т. п. Однак підхід, який ми використовуємо у цій книзі, ґрунтується не на механічному застосуванні технік, а на розумінні: розумінні вашого клієнта, розумінні теорії КПТ, а також на об'єднанні одного і другого у формулюванні (див. Розділ 4). Ми припускаємо, що на момент, коли ви читаете цю книжку, то, мабуть, маєте уже чималий власний клінічний та особистий досвід розуміння людей і тих проблем, що вони переживають. А цей розділ відкриває вам шлях до розуміння психологічних проблем у моделі теорії КПТ.

Ще одне уточнення. Говорити про КПТ як про «ізолюваний» підхід – неправильно. Сучасна КПТ – це не монолітна структура, а широкий рух, який постійно розвивається і містить багато різних, часто суперечних підходів і течій. Підхід, якого ми дотримуємось у цій книзі, ґрунтується на моделі Бека, сформульованій

у 1960–1970-х роках (Beck, 1963, 1964; Beck, Rush, Shaw, Emery, 1979). Ця модель переважає у Великій Британії останні тридцять років, і ми розглядаємо себе як частину основного напрямку КПТ у цій країні. Однак інші КПТ-теоретики й терапевти можуть не погоджуватись з деякими підходами, викладеними тут. Варто також зазначити, що хоча ми вважаємо, що деякі нові ідеї в КПТ, такі як підходи «третьої хвилі» (Hayes, 2004), є захопливими тенденціями, які можуть значно збагатити КПТ, наша мета – представити основи «класичної» КПТ. Тому ми обмежимося розглядом цих тенденцій в окремому розділі (Розділ 17).

КОРОТКА ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ КПТ

Подібно до того, як інформація про минуле клієнта може допомогти нам зрозуміти його теперішній стан, так само і розуміння того, як виникла КПТ, може допомогти нам зрозуміти її сучасну форму. Сучасна КПТ потрапляє під вплив двох основних напрямів: поведінкової терапії, яку розробив Вольпе та інші у 1950–1960-х роках (Wolpe et al., 1958), та під когнітивний підхід у терапії, що розробив Аарон Бек у 1960-х роках, який здобув набагато ширший вплив після «когнітивної революції» 1970-х років.

Поведінкова терапія (ПТ) виникла як реакція проти фрейдистської психодинамічної парадигми, що домінувала у психотерапії від XIX століття. У 1950-х роках наукова психологія поставила під сумнів фрейдистський психоаналіз у зв'язку з браком емпіричних доказів на підтримку теорії чи ефективності цього методу (Eysenck, 1952). ПТ перебувала під сильним впливом біхевіористського руху в академічній психології, який притримувався думки, що те, що відбувається у свідомості людини, не є видимим, а, відтак, не піддається науковому дослідженню. Натомість біхевіористи шукали відтворюваних зв'язків між видимими подіями, особливо між стимулами (обставинами чи подіями в навколишньому середовищі) і реакціями (видимі та вимірювані реакції людей чи тварин, які досліджуються). Теорія научіння, основна модель у психології на той час, намагалась знайти загальні принципи, які б пояснювали, як живі істоти засвоюють нові зв'язки між стимулами та реакціями.

У цьому дусі ПТ уникнула дискусій про підсвідомі процеси, приховані мотиви та невидимі структури психіки і замість цього використала принципи теорії научіння, щоб змінити небажані поведінкові або емоційні реакції. Наприклад, замість того, щоб досліджувати підсвідомі причини фобії тварин, як це славетно робив Фрейд із «Маленьким Гансом» (хлопчик, який боявся коней, Freud, 1909), поведінкові терапевти винайшли техніки, що базуються на теорії научіння, які, на їхню думку, повинні були допомогти людям засвоїти нові способи реагування. ПТ вважала, що особа на зразок маленького Ганса утворила зв'язок між стимулом (конем) та реакцією страху; тому завдання терапії полягало в тому, щоб закріпити

нову, позбавлену страху реакцію на цей стимул. У результаті методу лікування тривожних розладів, відомого як системна десенсибілізація, клієнтів просять систематично уявляти подразник, який збуджує страх, і водночас виконувати вправи на релаксацію, щоб реакція страху була заміщена реакцією релаксації. З розвитком технік було запропоновано експозицію в уяві (наприклад, образ коня в уяві) змінювати на експозицію у природних умовах (наблизитись до справжнього коня).

ПТ швидко досягнула успіхів, особливо у лікуванні тривожних розладів, таких як фобії та обсесивно-компульсивний розлад (ОКР), з двох основних причин. По-перше, відповідно до своїх коренів у науковій психології, ПТ завжди застосовувала емпіричний підхід, що невдовзі дало змогу навести переконливі докази того, що вона була ефективною у боротьбі з проблемами тривоги. А, по-друге, ПТ була набагато дешевшим методом, на відміну від традиційної психодинамічної психотерапії, оскільки тривала від 6 до 12 сесій.

Незважаючи на цей ранній успіх, було й незадоволення обмеженням чистого поведінкового підходу. Психічні процеси, такі як думки, переконання, інтерпретації, образи та інше, – настільки очевидна частина життя, що для психології здавалось абсурдним не надавати їм значення. У 1970-х роках це незадоволення переросло в те, що пізніше назвали «когнітивною революцією», під час якої науковці шукали шляхів, щоб привнести когнітивні явища у психологію і терапію, намагаючись зберегти емпіричний підхід, який дасть змогу уникнути необґрунтованих припущень. Протягом 1950-х і на початку 1960-х років Бек та інші почали розробляти концепцію когнітивної терапії (КТ), їхні ідеї дуже швидко набували щораз більшого впливу. Книги Бека з когнітивної терапії депресії (Beck et al., 1979), а також науково-дослідні випробування, які показали, що КТ була настільки ж ефективною у лікуванні депресії, як і антидепресанти (наприклад, Rush, Beck, Kovacs, Hollon, 1977), ще більше підтримали когнітивну революцію. Протягом наступних років ПТ та КТ розвивались разом і впливали одна на одну настільки, що внаслідок свого об'єднання тепер широківідомі як когнітивно-поведінкова терапія (КПТ).

ДЕЯКІ БАЗОВІ ПРИНЦИПИ

Отже, з яких елементів ПТ та КТ утворилась основа сучасної КПТ? Тут ми пропонуємо основні принципи та теоретичні концепції, на яких ґрунтується модель КПТ, щоб ви могли зробити власні висновки про те, чи вони логічні, або чи є принаймні достатньо прийнятними для того, щоб дати шанс КПТ продемонструвати себе. Нижче наведені фундаментальні, на нашу думку, переконання про людей, їхні проблеми й терапію, які відіграють головну роль у КПТ. Ми не стверджуємо, що ці переконання унікальні для КПТ – багато з них є і в інших підходах, але поєднання цих принципів характеризує КПТ.

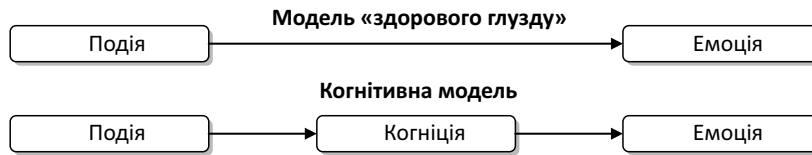


Рисунок 1.1 Базовий когнітивний принцип

Когнітивний принцип

Основна ідея будь-якої терапії, яка називає себе «когнітивною», у тому, що емоційні реакції та поведінка людей сильно залежать від когніцій (іншими словами, від їхніх думок, переконань та інтерпретацій себе чи ситуацій, у яких вони перебувають, в основі чого лежить значення, яке вони надають подіям свого життя). Що це означає?

Напевно, простіше буде розпочати з «некогнітивної» точки зору. У звичайному житті якщо ми запитуємо людей, що їх засмутило (ощасливило, роздратувало і т. д.), вони часто перелічують події чи ситуації, наприклад: «Я страшенно засмучений тому, бо щойно посварився зі своєю дівчиною». Однак не все так просто. Якщо б якась подія автоматично викликала певну емоцію, то в результаті у будь-кого, хто опиняється у цій же ситуації, повинна виникати така ж емоція. Проте в дійсності ми бачимо інше: люди по-різному реагують на подібні ситуації. Навіть винятково драматичні життєві події (наприклад, переживання важкої втрати чи невиліковної хвороби) викликають у різних людей різний емоційний стан: деяких такі події повністю пригнічують, вибивають з колії, тоді як інші люди можуть дати собі раду з цією ситуацією. Отже, не лише подія визначає емоційну реакцію, має бути ще щось. КПТ стверджує, що цим «ще щось» є когніція, тобто те, як людина інтерпретує подію. Якщо двоє людей по-різному реагують на подію, то це тому, що вони сприймають ситуацію по-іншому; або коли, наприклад, хтось реагує на подію в незвичний спосіб, то це тому, що ця особа має незвичні думки чи переконання про подію, тобто подія має ідіосинкратичне (характерне для цієї особи) значення. Рисунок 1.1 ілюструє це.

Розгляньмо простий приклад цього процесу. Припустімо, що ви йдете вулицею і бачите свою знайому, яка проходить повз, але не звертає на вас уваги, не помічає вас. Нижче наведено кілька можливих думок про цю подію, а також деякі можливі емоційні реакції, що виникають внаслідок інтерпретацій:

- «Я не знаю як розпочати з нею розмову, вона подумає, що я дурний і нудний» (приводить до тривоги).
- «Зі мною ніхто ніколи не захоче розмовляти, здається, я нікому не подобаюсь» (пригнічений настрій).
- «Вона якась нервова і самозакохана, я не зробив нічого поганого» (злість).
- «У неї напевно похмілля після вчорашньої вечірки!» (здивування).

Це демонстрація фундаментального когнітивного принципу: різні когніції викликають різні емоції. Це також показує зв'язок між певними видами когніцій та відповідними емоційними станами: наприклад, думки про інших людей, що вони несправедливі, або що вони порушують правила, найчастіше пов'язані з гнівом. Далі ми більше розкажемо про це.

Звісно ж, ідея про те, що важливим є значення, якого ми надаємо подіям, не нова. Понад 1800 років тому давньогрецький філософ-стоїк Епіктет говорив: «Люди реагують не на події як такі, а на ті значення, які вони надають цим подіям». Проте, як ви самі побачите далі у книзі, розроблення цієї простої ідеї привело до розвитку ефективного методу допомоги людям, які переживають різні складні психологічні труднощі. Допмагаючи людям змінити свої когніції, ми можемо допомогти їм по-іншому відчувати себе.

Поведінковий принцип

Частина, яку КПТ успадкувала від ПТ, складається з уявлень про те, що поведінка (те, що ми робимо) відіграє ключову роль у підтримці або у зміні психологічних станів. Розгляньмо наведений вище приклад ще раз. Якщо з чотирьох окреслених у вас перша або друга когніція, то ваша подальша поведінка може вплинути на те, чи тривога або депресія триватимуть далі. Наприклад, якщо б ви звернулися до своєї знайомої і поцікавилися, чому вона не заговорила, то б виявили, що вона насправді ставиться до вас дуже приязно, а була просто задумана, коли проходила повз. Як результат, у майбутньому ви могли б у схожих ситуаціях бути менш схильними до негативного мислення. З іншого боку, якщо б ви зробили вигляд, що її не бачите, то не мали б змоги переконатися, що ваші думки були неправильними, а це б підтримувало існування ваших негативних думок та пов'язаних із ними емоцій. Отже, КПТ вважає, що поведінка може суттєво впливати на думки й емоції, а також те, що змінюючи ваші дії, ви зможете змінити думки й емоції.

Принцип континууму

На відміну від деяких традиційних медичних підходів, КПТ вважає, що проблеми психічного здоров'я краще розглядати як перебільшений або крайній варіант нормальних процесів, аніж як патологічні стани, які не мають пояснення і якісно відрізняються від нормальних станів та процесів. Іншими словами, психологічні проблеми – це частина континууму, вони не існують в іншому вимірі. З цього переконання випливають такі тези: а) психологічні проблеми можуть з'явитися у будь-кого, і вони не є чимось дивним чи незрозумілим; б) теорія КПТ стосується терапевтів так само, як і клієнтів.

Принцип «тут і тепер»

Традиційна психодинамічна психотерапія притримувалась думки, що симптоми проблеми (наприклад, тривога в людини, яка має фобію) є поверхневим процесом, і що для успішного лікування ми повинні розкрити причини такої поведінки з ранніх етапів розвитку, приховані мотиви та підсвідомі конфлікти цієї проблеми. ПТ вважала, що основою лікування повинні бути саме симптоми, і що особа може успішно подолати тривогу (чи будь-яку іншу проблему), якщо розгляне процеси, які підтримують цю проблему, і змінить їх. Психоаналіз критикував цей підхід і стверджував, що лікування симптомів замість причин проблеми може призвести до заміщення симптомів, тобто нерозв'язані підсвідомі конфлікти можуть призвести до появи нових симптомів у клієнта. Проте дослідження ПТ свідчать, що такий результат хоч і можливий, але насправді виникав рідко: дуже часто безпосередня робота із симптомами поліпшувала загальний стан.

Сучасна КПТ перейняла цей підхід від ПТ. Тому терапія зосереджується переважно на тому, що відбувається в конкретний момент; нас найбільше цікавитимуть процеси, які підтримують проблему тепер, а не ті, які могли призвести до її виникнення багато років тому. У Розділі 4, який присвячений дослідженню та формулюванню, це питання розкрито докладніше.

Принцип інтерактивної системи

Суть цього принципу в тому, що проблеми людини потрібно розглядати як взаємодію між різними «системами» всередині людини та взаємодію з навколишнім середовищем. Це ще один спадок від ПТ (Lang, 1968). Сучасна КПТ зазвичай виокремлює чотири системи:

- когніції/думки,
- почуття або емоції,
- поведінка,
- фізіологія.

Ці системи взаємодіють між собою, впливаючи одна на одну, а також взаємодіють з навколишнім середовищем. Термін «навколишнє середовище» тут вживається у найширшому значенні, включаючи не лише видиме фізичне середовище, а й соціальне, сімейне, культурне та економічне середовище. На Рисунку 1.2 зображено цю взаємодію. Таку модель іноді називають «пасхальною булочкою» через її схожість із традиційним узором пасхальної випічки у Великій Британії (Padesky, Mooney, 1990).

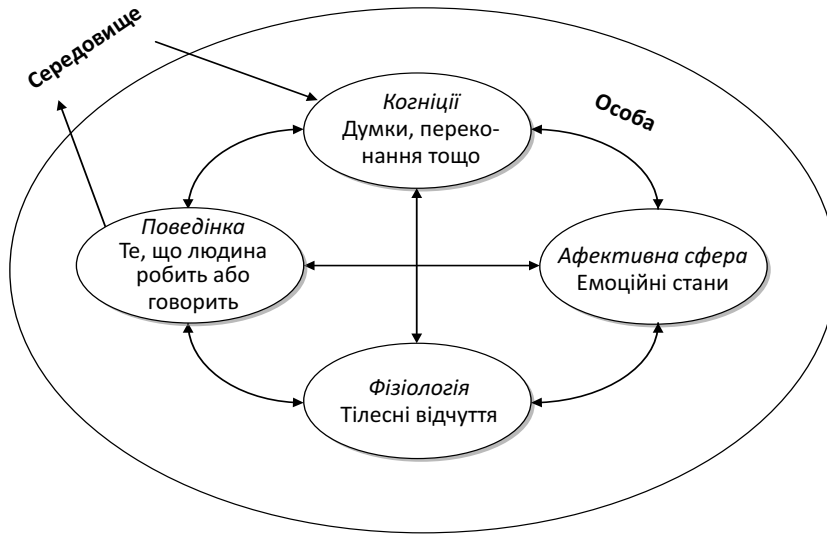


Рисунок 1.2 Інтерактивна система

Такий аналіз допомагає нам докладніше зобразити проблеми, зосередитися на їхніх конкретних аспектах, а також розглянути випадки, коли одна або кілька систем не корелюють з іншими. Наприклад, словом «мужність» можна описати стан, коли поведінка людини не корелює з її емоційним станом: хоча людина відчуває страх, проте її поведінка не демонструє цього.

Емпіричний принцип

КПТ вважає, що теорії та методи лікування потрібно оцінювати настільки ретельно, наскільки це можливо, використовуючи для цього наукові докази, а не лише клінічні розповіді. Це важливо з кількох причин:

- З наукової точки зору наші методи лікування повинні ґрунтуватись на надійних, доведених теоріях. Однією з характерних особливостей КПТ є те, що, на відміну від деяких інших шкіл терапії, які мало в чому змінились від часу свого заснування, вона досягла значного просування в нові галузі за допомогою наукових досліджень.
- З етичної точки зору ми повинні бути впевнені в тому, що методи лікування, які ми застосовуємо до користувачів послуг та/або пропонуємо їм, – справді ефективні.
- З економічної точки зору ми повинні бути впевнені в тому, що обмежені ресурси у сфері психічного здоров'я використовуються в такий спосіб, який принесе найбільше користі.

Підсумок головних принципів КПТ

Нижче подано основні принципи КПТ:

- Когнітивний принцип: вирішальне значення має інтерпретація події, а не лише сама подія.
- Поведінковий принцип: те, що ми робимо, має значний вплив на наші думки та емоції.
- Принцип континууму: проблеми психічного здоров'я найкраще розглядати як крайній ступінь вираження нормальних процесів.
- Принцип «тут і тепер»: зазвичай результативніше зосередити увагу на поточних процесах, аніж на минулому.
- Принцип інтерактивної системи: корисно розглядати проблеми як взаємодію між думками, емоціями, поведінкою, фізіологією та навколишнім середовищем, в якому функціонує людина.
- Емпіричний принцип: важливо емпірично оцінювати і теорії, і методи лікування.

Тепер перейдемо до визначення фундаментальних когнітивних принципів.

РІВНІ КОГНІЦІЙ

Досі ми говорили про «когніцію» як про єдиничну концепцію. Насправді ж КПТ виокремлює декілька видів або «рівнів» когніцій. Наступний перелік рівнів когніцій ґрунтується на тому, що визнано ефективним із клінічної точки зору; в наступних розділах ми коротко розглянемо наукові докази деяких з цих ідей. Зверніть увагу на те, що різні КПТ-терапевти можуть класифікувати когніції по-різному, і хоча запропонована класифікація широко застосовується, проте вона не єдина.

Негативні автоматичні думки (НАДи)

Негативні автоматичні думки¹, котрі вперше описав Бек, – одна з базових концепцій КПТ. Цей термін використовують для опису потоку думок, який кожен із нас може помітити, якщо зверне на нього увагу. НАДи – це негативно забарвлені оцінки чи інтерпретації, які ми надаємо тому, що відбувається навколо або всередині нас.

Згадайте останній випадок, коли у вас погіршився настрій: ви відчували тривогу, роздратування або будь-які інші емоції. Поверніться до цієї ситуації і згадайте, що промайнуло тоді у вашій голові. Більшість людей може легко виявляти НАДи. Наприклад, якщо ви відчували тривогу, то у вас могли бути думки про загрозу того, що з вами або з близькими вам людьми може статись щось погане; якщо ви були роздратовані, то у вас могли виникати думки, що інші люди поведуться не-

¹ Існують також позитивні автоматичні думки, або навіть нейтральні, але зазвичай клієнти не потребують допомоги з такими думками, тому ми їх не розглядатимемо.

справедливо чи не дотримуються правил, які, на вашу думку, важливі; якщо ви відчували розчарування чи зневіру, то могли виникати думки про втрату або поразку, чи негативне бачення себе.

Вважають, що НАДи безпосередньо впливають на настрій, а отже, робота з ними – дуже важливий елемент будь-якої КПТ-терапії. НАДи мають декілька загальних характеристик:

- Вони мимовільні. Як випливає із самої назви, не потрібно намагатися «думати» НАДи, вони виникають самі собою, автоматично і без жодних зусиль (однак, можливо, доведеться докласти зусиль, щоб помітити їх).
- Це специфічні думки про конкретні події або ситуації. Вони можуть мати стереотипний, повторюваний характер, особливо при хронічних проблемах, і вони також можуть бути різними залежно від обставин, у яких виникають.
- Вони є або можуть легко стати усвідомлюваними. Більшість людей або усвідомлює наявність такого типу думок, або може легко навчитися усвідомлювати їх за допомогою практики моніторингу.
- Вони можуть бути настільки короткими й частими, і настільки звичними, що їх навіть не «чуєш». Вони стають частиною нашого «внутрішнього простору», ми не помічаємо їх (як, наприклад, не помічаємо власного дихання) аж до моменту, коли зосереджуємось на них спеціально.
- Дуже часто такі думки сприймаються як очевидна правда, особливо тоді, коли є сильні емоції. Більшість часу ми не ставимо під сумнів таких думок, а просто «ковтаємо їх», сприймаємо «на віру». Якщо я думаю, що «я нікчемний», коли відчуваю, що все набридло, що мені нічого не вдається, то це сприймається як констатація факту. Один із найважливіших кроків у терапії – це допомогти клієнтам перестати «ковтати» НАДи, щоб так вони навчилися зробити крок назад і перевірили точність, правдивість своїх думок. Один із поширених девізів КПТ звучить так: «Думки – це думки, а не факти», відповідно думки можуть бути, а можуть і не бути точними, правдивими.
- Хоча ми часто говоримо про НАДи як про вербальні конструкції, як наприклад: «Я ні на що не здатний», важливо також знати, що вони можуть виникати і у вигляді образів. Наприклад, при соціальній фобії замість словесної думки: «Інші люди думають, що я дивак», в особи може виникати образ, в якому вона бачить себе з почервонілим обличчям, спітнілою, не такою як усі.
- Через безпосередній вплив НАДів на емоційний стан людини та через їхню доступність, з ними, зазвичай, працюють на ранніх етапах терапії.

Глибинні переконання

По інший бік шкали від НАДів є те, що представляє собою «нижню лінію», «фундамент» особистості, і що у КПТ називається терміном «глибинні переконання» – основні переконання особи про себе, інших людей та світ загалом. Нижче наведені характерні ознаки глибинних переконань:

- Більшість часу вони не є безпосередньо доступні для свідомості. Висновки про них можна зробити зі спостережень за характерними думками особи та за її поведінкою у різних ситуаціях.
- Вони виявляються у вигляді загальних та остаточних тверджень (наприклад, «Я поганий» або «Нікому не можна довіряти»). На відміну від НАДів, вони не змінюються з часом чи залежно від ситуацій, і особа розглядає їх як фундаментальну правду, яка застосовується до всіх ситуацій.
- Зазвичай, особа засвоює їх у ранньому дитинстві внаслідок набутого досвіду, проте вони можуть розвиватись або змінюватись з часом, наприклад, під впливом психотравмуючих подій.
- З ними переважно не працюють у короткостроковій терапії, спрямованій на фокальні проблеми, такі як тривожні розлади чи депресія (хоча глибинні переконання і можуть змінитися під час роботи з цими проблемами на рівні НАДів). Безпосередня робота з глибинними переконаннями може бути важливішою при лікуванні хронічних проблем, таких як, наприклад, розлади особистості (див. Розділ 17).

Дисфункційні припущення

Дисфункційні припущення (ДП) можна вважати своєрідним мостом між глибинними переконаннями та НАДами. Вони є ґрунтом, з якого проростають НАДи. ДП можна розглядати як «правила життя», конкретніші у своєму застосуванні, ніж глибинні переконання, але загальніші, ніж НАДи. Часто вони представлені як твердження: «Якщо..., то...», «потрібно» або «повинен». Вони часто є способом пристосування до життя з негативними глибинними переконаннями. Наприклад, якщо я переконаний, що абсолютно не вартий любові, то в мене може розвинутих припущення, що «Якщо я завжди намагатимусь догодити іншим людям, то вони будуть мене терпіти, а якщо я почну відстоювати свої потреби, вони відкинуть мене», або «Я завжди повинен спочатку турбуватися про потреби інших, бо інакше вони відкинуть мене». Таке ДП пропонує мені схему життя, яка допоможе подолати деякі наслідки глибинних переконань, але ненадовго. Ця «поміч» зазвичай «ненадійна»: бо якщо мені не вдасться комусь догодити, тоді я – в біді. Порушення одного з ДП, зазвичай, викликає появу НАДів та сильних емоцій. Ось характерні ознаки ДП:

- Як і глибинні переконання, вони не настільки очевидні, як НАДи, а також їх не так легко вербалізувати. Часто їх можна виявити через спостереження за діями особи, або з її типових НАДів.
- Часто це твердження: «Якщо..., то...» або «потрібно/повинен... інакше...».
- Деякі з них можуть підкріплюватись культурним середовищем: наприклад, переконання про те, що потреби інших важливіші від моїх, або що успіх надзвичайно важливий, можуть схвалити деякі культурні середовища.
- Такі припущення дисфункційні через те, що вони занадто ригідні та надмірно узагальнені, а тому утруднюють особі можливість справлятися з неминучими життєвими труднощами та невдачами.

- Зазвичай із ними починають працювати на дещо пізніших етапах терапії, після того, як клієнт певною мірою навчився працювати з НАДами. Вважають, що модифікація ДП може допомогти клієнтові стати стійкішим до можливих рецидивів розладу в майбутньому (Beck et al., 1979).

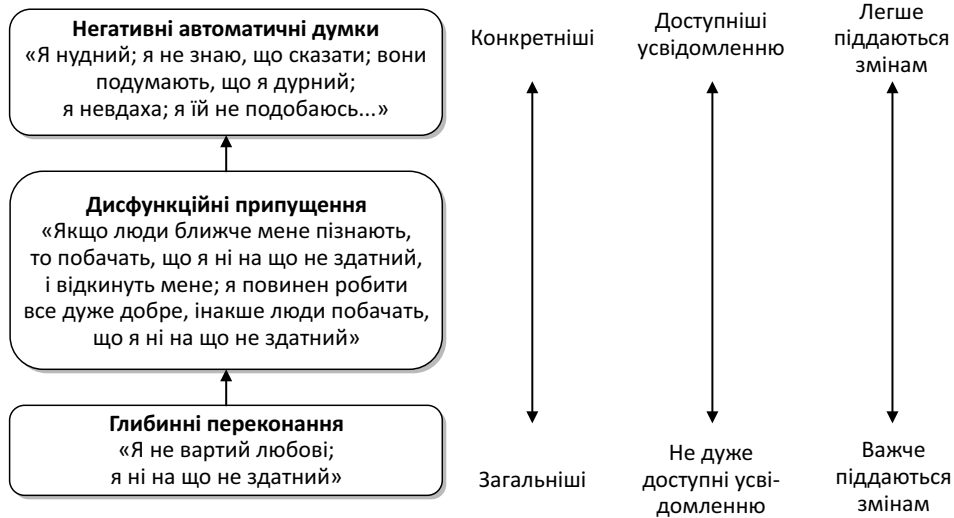


Рисунок 1.3 Ілюстрація рівнів когніцій

Рисунок 1.3 ілюструє рівні когніцій на прикладі одного конкретного переконання, а також показує, як змінюються деякі виміри, за якими розрізняють ці рівні когніцій.

Можна припустити, що глибинні переконання є стрижнем проблеми і її першо-причиною, а тому з ними потрібно працювати безпосередньо, щоб терапія була ефективною. Втім це припущення варто дослідити. Глибинні переконання, звісно ж, є загальніші, ніж НАДи, проте це не означає, що робота з ними обов'язково важливіша для ефективності терапії. Наукові дослідження ефективності КПТ у моделі роботи власне з НАДами свідчать, що така модель терапії ефективна, і ефект її довготривалий. Причиною цього, ймовірно, є те, що людям, які мають поширені проблеми психічного здоров'я, такі як тривога чи депресія, притаманна низка глибинних переконань, і не лише негативних/дисфункційних, а й позитивних/адаптивних. У процесі терапії клієнти можуть знову почати користуватися позитивними переконаннями. Хоча ще немає достатньо наукових досліджень щодо цього, проте робота із глибинними переконаннями може бути важливішою для досягнення ефекту в лікуванні проблем, які є у клієнта впродовж його життя, таких як розладу особистості, коли людина практично ніколи не мала жодних позитивних переконань.

ХАРАКТЕРНІ КОГНІЦІЇ ПРИ РІЗНИХ ВИДАХ ПРОБЛЕМ

Ми вже зазначали, що сучасні теорії КПТ розглядають характерні форми когніцій відповідно до конкретних видів проблем. Ці характерні патерни охоплюють і зміст, і процес когніцій. Наприклад, при депресії людям притаманний певний зміст думок: негативні думки про себе або про інших. Люди з депресією, ймовірно, також схильні до певних характерних загальних упереджень у способі свого мислення, як наприклад, схильність сприймати та пам'ятати негативні події більше, ніж позитивні; схильність бачити свою провину в усьому, що йде не так; схильність до надмірного негативного узагальнення, тобто робити негативні загальні висновки на основі однієї негативної події. Тут ми коротко розглянемо деякі приклади (див. також розділи, що стосуються конкретних проблем).

Депресія

Як вперше описав Бек, когніції при депресії характеризуються так званою негативною когнітивною тріадою, а саме негативні думки про себе, світ загалом і про майбутнє. Іншими словами, типове депресивне мислення людини виглядає так: я поганий (ні на що не здатний, не вартий любові, некомпетентний, непотрібний, я невдаха і т. д.); світ поганий (немає нічого доброго, життя – це просто серія випробувань); майбутнє також погане (не лише я і світ навколо мене погані, але все завжди буде так, як є, і мої зусилля нічого не змінять).

Тривожні розлади

За тривожних розладів особа схильна до перебільшення загрози, наприклад, прогнозування високого ризику небажаних результатів. Точний характер конкретної загрози, а отже, і зміст когніції залежить від конкретного розладу. Наприклад:

- В осіб із панічним розладом наявна викривлена катастрофічна інтерпретація симптомів тривоги. Особа пояснює їх як ознаку неминучої катастрофи, наприклад, що вона помре або збожеволіє.
- За «тривоги про здоров'я»¹ наявна подібна помилкова інтерпретація нешкідливих тілесних симптомів як ознак небезпечної хвороби, наприклад, у мене є хвороба, від якої я обов'язково помру.
- За соціальної тривоги особа думає, що інші негативно її оцінюють, наприклад: «Вони подумують, що я дурний (нудний, дивакуватий і т. д.)».

¹ Це поширений термін у КПТ, що об'єднує клієнтів з іпохондричним та іншими соматоформними розладами, які характеризуються наявністю тілесних симптомів, що не мають медичного пояснення, а є обумовлені психологічними причинами, або ж наявністю страху мати медичну хворобу, попри відсутність ознак цієї хвороби та негативні дані медичних досліджень. – Прим. наук. ред.

- При obsесивно-компульсивному розладі особа думає, що вона відповідальна за те, щоб запобігти якомусь лихові чи шкоді, які можуть статися з нею або з близькими їй людьми.

Злість

У момент злості переважають думки про те, що інші поведуться нечесно, порушують очевидні правила або мають ворожі наміри: «Вони не повинні цього робити, це не справедливо, вони намагаються мене принизити».

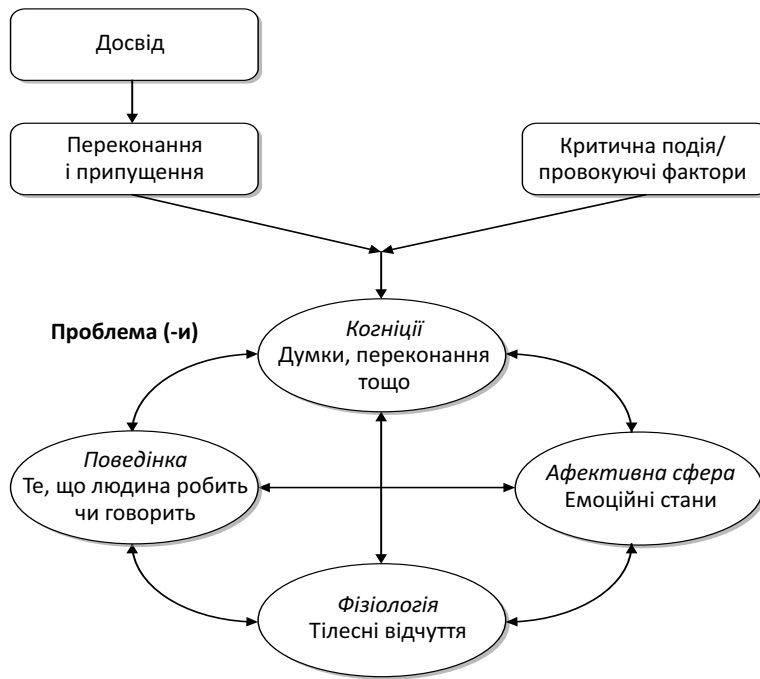


Рисунок 1.4 Загальна КПТ-модель розвитку проблеми

ЗАГАЛЬНА КПТ-МОДЕЛЬ РОЗВИТКУ ПРОБЛЕМИ

Тепер ми повинні узагальними представлені вище ідеї, щоб утворити повну картину того, як КПТ бачить розвиток проблем (див. Рисунок 1.4). КПТ припускає, що на основі набутого досвіду (найчастіше у дитинстві, але іноді пізніше) у нас формуються глибинні переконання та припущення, більш чи менш функціональні, які допомагають нам розуміти наш світ та жити в ньому. Більшості з нас притаманні різноманітні функціональні та дисфункційні переконання, при цьому більшість

часу функціональні допомагають нам досить добре давати собі раду із життєвими проблемами. Навіть дисфункціональні переконання можуть не спричиняти жодних особливих проблем багато років. Однак, якщо ми зіштовхуємось з подією або низкою подій («критичною подією»), які «активують» глибинні переконання чи дисфункційні припущення, а наші позитивні переконання не зможуть врегулювати цієї ситуації, тоді дисфункціональні припущення стають активнішими, з'являються негативні думки, що призводить до появи негативного емоційного стану, такого як тривожний розлад чи депресія. Взаємодія негативних думок, емоцій та фізіологічних змін може утворити тривалі дисфункційні патерни, які замикають нас у «зачаровані» кола, що «підтримують» проблему.

СУЧАСНИЙ СТАН РОЗВИТКУ КПТ

Попередньо ознайомившись з історією виникнення КПТ, у цьому розділі ми розглянемо сучасний стан розвитку КПТ у контексті сфери охорони психічного здоров'я.

Підвищення доступності психотерапевтичної допомоги (ПДПД)

Мабуть, найважливіша подія для КПТ у ширшому масштабі, принаймні у Великій Британії, від часу першого видання цієї книги – це швидкий розвиток програми уряду цієї країни під назвою «Підвищення доступності психотерапевтичної допомоги» (ПДПД/ІАРТ – Improving access to psychological therapies). Ця програма стала результатом планування та лобювання, що їх здійснив видатний економіст та радник уряду Лорд Лаярд (Layard), який був переконаний у тому, що: а) проблеми психічного здоров'я є одним з основних джерел страждань та життєвого неблагополуччя, а також ведуть до зниження/втрати економічної активності; і б) КПТ може позитивно вплинути на більшість поширених проблем психічного здоров'я (Центр економічних досліджень, 2006). Він та інші, зокрема професори Дейвід Кларк та Дейвід Річардс (David Clark, David Richards), переконали уряд у тому, що великі інвестиції у терапію, розвиток психотерапевтичної допомоги значним чином вплинуть на здоров'я, а також, що такі інвестиції самоокупні, оскільки поліпшення психічного здоров'я населення дасть змогу великій частині осіб повернутись на роботу, що зменшить витрати на допомогу з безробіття.

Провівши 2006 року деякі пілотні дослідження, уряд Великої Британії у жовтні 2007 року оголосив, що програма «Підвищення доступності психотерапевтичної допомоги» (ПДПД, див. www.iapt.nhs.uk) протягом щонайменше наступних трьох років щорічно отримуватиме інвестиції у сумі 170 мільйонів фунтів стерлінгів. Це фінансування забезпечує також збільшення науково обґрунтованих методів лікування, які переважно спрямовані на лікування тривоги та депресії при наданні допомоги в первинній ланці: мета полягає у навчанні протягом цього періоду

З 600 нових терапевтів, які б працювали у Національній службі охорони здоров'я. Перший навчальний курс розпочався і тривав до осені 2008 року.

Перша хвиля ПДПД включала два типи КПТ, оскільки вважалося, що хоча КПТ має сильну доказову базу (див. далі у цьому розділі), проте частково бракувало кваліфікованих КПТ-терапевтів. (У плани ПДПД входив інший вид терапії – інтер-персональна терапія – яка також є доведеною формою психотерапії (тобто такою, що має емпірично встановлену ефективність.) Її застосовують при депресії, а також при психологічному консультуванні подружніх пар і терапії з ними, де хтось з партнерів має депресію легкого/помірного ступеню). Перша категорія КПТ програми ПДПД, що становить 60 % нових терапевтів, відома як «Терапія високої інтенсивності» (ТВІ). До другої групи, яка налічує 40 % нових терапевтів, входять так звані терапевти, котрі працюють у «Терапії низької інтенсивності» – ТНІ (пізніше перейменовані на «фахівців психологічного благополуччя», ФПБ). Навчання обох категорій терапевтів фінансує уряд і це однорічний навчальний курс на клінічній базі. Навчальний курс із ТВІ триває близько 65 днів протягом року, тоді як курс із ТНІ – приблизно 25 днів. Працівники ТВІ повинні бути кваліфікованими медсестрами, психологами і т. д., тоді як працівники ТНІ не обов'язково мають мати вищу професійну освіту, натомість повинні більше відповідати спільнотам, де вони працюватимуть, з точки зору освіти, класу і т. д. Попередні дані, зібрані з експериментальних ділянок, свідчать про ефективність програми (Clark, Layard, Smithies, Richards, Suckling, Wright, 2009), проте, звісно ж, потрібно більше доказів. Обидві експериментальні ділянки є предметом формальних зовнішніх досліджень, проте результати ще не опубліковані.

У цій книзі основна увага зосереджена на традиційній КПТ, або ТВІ за термінологією програми ПДПД, хоча багато в чому служби ТНІ – це найбільш радикальна частина цієї програми, оскільки вони представляють КПТ таким способом, який дуже відрізняється від традиційної терапії. Ми коротко розглянемо деякі особливості ТНІ у Розділі 16. Щоб одержати докладнішу інформацію, ознайомтесь із працями Річардса, Беннетт-Леві та ін. (Richards, Bennett-Levy, 2010).

КОМПЕТЕНТНОСТІ У КПТ

Ще одна важлива подія від часу першого видання цієї книжки – це публікація праці «Модель компетентностей у КПТ». Ця ініціатива, фінансована Міністерством охорони здоров'я Великої Британії, пов'язана із програмою ПДПД. Вона мала на меті визначити, якими навичками повинен володіти терапевт, щоб проводити якісну КПТ-терапію і лікувати тривоги й депресії. Адже, оскільки згідно з програмою ПДПД планується подальше навчання КПТ-терапевтів, то що саме вони повинні вміти робити? Рот і Піллінг (Roth, Pilling, 2007) спільно з референтною групою експертів розробили перелік необхідних компетенцій для здійснення ТВІ та ТНІ втручань. Їхній підхід полягає у визначенні важливих компетентностей

за допомогою докладного вивчення протоколів/керівництв із КПТ, які містять методи, що довели свою ефективність у лікуванні різних розладів. Доречно було припустити, що оскільки ці методи ефективні, то якщо інші терапевти застосовуватимуть ті ж стратегії, то лікування буде ефективним. Рот і Піллінг розробили «мапу» компетентностей, що складається з п'яти областей:

- *Загальні психотерапевтичні компетентності.* Це основні навички, потрібні терапевтові будь-якого напрямку: наприклад, знання про психічне здоров'я, здатність встановлювати стосунки з клієнтом і т. д.
- *Основні КПТ-компетентності.* Навички, пов'язані з основною структурою когнітивно-поведінкової терапії, такі як встановлення порядку денного, використання домашніх завдань та ін.
- *Специфічні КПТ-техніки.* Основні стратегії терапії, такі як бланк запису негативних автоматичних думок, визначення та перевірка НАДів і глибинних переконань та ін.
- *Компетентності специфічні до проблем/розладів.* Підходи, які використовують у терапевтичних протоколах конкретних розладів, як наприклад, когнітивна терапія депресії Бека, або експозиція із запобігання реакції при obsесивно-компульсивному розладі.
- *Метакомпетентності.* Навички «вищого рівня», які допомагають терапевтові ефективно приймати рішення про застосування тих чи інших методик у процесі лікування. Сюди входить: використання формулювання з метою адаптації лікування до кожного конкретного клієнта; вирішення труднощів, які з'являються у процесі терапії і т. д.

Ця карта занадто велика, щоб тут її розкрити. Детальнішу інформацію можна одержати у Рот і Піллінг (Roth, Pilling, 2007) і на основному веб-сайті, адреса якого подана у списку «Рекомендованої літератури».

У цій книзі ми представимо вам КПТ-навички з усіх п'яти областей, а в деяких розділах докладніше зупинимось на них:

- Загальні психотерапевтичні компетентності – Розділи 3 та 19
- Основні КПТ-компетентності – Розділи 1, 2, 5, 6, та 11
- Специфічні КПТ-техніки – Розділи 7–10
- Компетентності, специфічні до проблем/розладів – Розділи 12–15
- Метакомпетентності – Розділи 4 та 11

ЕМПІРИЧНІ ДОКАЗИ ЩОДО КПТ

Оскільки ми вже неодноразово говорили про «емпіризм» КПТ, то повинні розглянути саме емпіричний статус КПТ. Які є докази, що підтверджують ефективність КПТ? А також які є докази того, що теорія КПТ – це точна модель порушень психічного функціонування людини?

Докази ефективності КПТ

Рот і Фонарі (Roth, Fonagy, 2005) у другому виданні книги «Що кому допомагає?» («*What works for whom?*») (важлива праця, яка містить підсумки щодо ефективності психотерапії) наводять докази того, що КПТ – це терапія, яка рекомендована з огляду на свою ефективність при більшості психологічних розладів у дорослих, і за даними досліджень, має докази своєї ефективності при найбільшій кількості розладів/проблем (порівняно з іншими методами терапії). На Рисунку 1.5 підсумовано все сказане вище.

	Когнітивна/ поведінкова терапія	Інтерпер- сональна терапія	Сімейна терапія	Психодинамічна психотерапія
Депресія	✓	✓	○	?
Панічний розлад/ агорафобія	✓	○	○	○
Генералізований тривожний розлад	✓	○	○	○
Специфічні фобії	✓	○	○	○
Соціальна фобія	✓	○	○	○
Обсесивно- компульсивний розлад	✓	○	○	○
Посттравматичний стресовий розлад	✓	○	○	?
Анорексія	?	○	?	?
Булімія	✓	✓	○	○
(Окремі) розлади особистості	✓	○	○	✓
Шизофренія	?	○	○	○
Біполярний розлад	?	○	○	○
<p>Ключ: ✓ = Чіткі докази ефективності ? = Часткові докази ефективності ○ = Не підтверджено (NB – важливо: це вказує на відсутність достатніх доказів, що підтверджують ефективність; це не обов’язково означає, що є вагомі докази неефективності)</p>				

Рисунок 1.5 Підсумки сучасних авторів, адаптовано з книги Рота і Фонарі (Roth, Fonagy, 2005), Розділ 17

На додаток до цих доказів ефективності КПТ у клінічних дослідженнях (наприклад, що КПТ показала свою ефективність у ретельно контрольованих наукових дослідженнях) є також важливі докази ефективності у звичайній психотерапевтичній практиці (наприклад, що вона ефективна і у звичайній клінічній практиці, поза спеціалізованими дослідницькими центрами). Див., наприклад, Мерілл, Толберт і Вейд (Merill, Tolbert, Wade, 2003), Стюарт, Тріт і Вейд (Stuart, Treat, Wade, 2000) та Вестбрук і Кірк (Westbrook, Kirk, 2005).

Другим важливим джерелом доказів є Національний інститут охорони здоров'я та клінічної майстерності (NICE) Великої Британії, яким керує уряд. Завдання інституту – збирати докази ефективності різних методів лікування та випрацювати рекомендації про те, які з них варто застосовувати у Національній службі охорони здоров'я, НСОЗ (NHS). Протягом останніх десяти років NICE розробив рекомендації для кількох основних проблем психічного здоров'я. Ось ці рекомендації:

- Шизофренія (НСОЗ, 2009а): «Пропонуємо застосовувати когнітивно-поведінкову терапію (КПТ) для всіх людей із шизофренією» (с. 9).
- Депресія (НСОЗ, 2009б):
 - «Для людей зі стійкими субклінічними симптомами депресії або депресією легкого/помірного ступеню рекомендуємо застосовувати один або кілька видів індивідуальної керованої самопомоги, що ґрунтується на когнітивно-поведінковій терапії (КПТ); комп'ютеризована когнітивно-поведінкова терапія (ККПТ)...» (с. 9);
 - «Для людей із помірною або важкою депресією рекомендуємо поєднувати антидепресанти та психологічне втручання високої інтенсивності (КПТ або інтерперсональна терапія)...» (с. 9);
 - «Людам із депресією, які мають великий ризик рецидиву... або резидуальні (залишкові) симптоми, варто запропонувати... індивідуальну КПТ; майндфулнес-орієнтована КПТ рекомендована для людей, які добре почуваються у цей момент, але в минулому пережили три і більше епізодів депресії...» (с. 10).
- Розлади харчової поведінки (НСОЗ, 2004б): «Когнітивно-поведінкова терапія булімії... повинна бути запропонована дорослим з булімією...» (с. 4); «Когнітивно-поведінкова терапія нападів переїдання... повинна бути запропонована дорослим із нападами переїдання...» (с. 5).
- Генералізований тривожний та панічний розлади (НСОЗ, 2004в): «Втручання, які мають доказ тривалого ефекту від лікування, за порядком спадання – [перше] когнітивно-поведінкова терапія; ...» (с. 6).
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) (НСОЗ, 2005): «Усім людям із ПТСР потрібно рекомендувати травмо-орієнтовану психотерапію (травмо-орієнтована когнітивно-поведінкова терапія [КПТ] або метод десенсибілізації та репроцесуалізації травми за допомогою руху очей [EMDR])...» (с. 4).
- Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) та дисморфофобічний розлад (ДР) (НСОЗ, 2005): людям з ОКР та ДР варто пропонувати когнітивно-поведінкову терапію (вклю-

чаючи експозицію із запобігання реакції) у груповому чи індивідуальному форматі, залежно від важкості розладу та від вибору людини; розглядається також застосування ліків СІЗС (селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну); також говориться, що: «...якщо дорослі з ОКР просять про застосування інших форм психотерапії як специфічного лікування ОКР..., то вони повинні бути поінформовані про те, що поки що немає переконливих доказів клінічної ефективності інших методів лікування...» (с. 18–21).

Отже, на момент написання цієї книги КПТ вважають видом психологічної терапії, який має переконливу, широку доказову базу своєї дієвості й ефективності.

Докази стосовно теорії КПТ

Помилковою є думка, що наведення доказів дієвості лікування доводить правдивість теорії, яка лежить у його основі. Ефективність лікування може бути пов'язана з певною комбінацією чинників, які навіть не згадані в теорії. Отже, навіть якщо рандомізовані контрольовані випробування свідчать, що лікування депресії традиційним чаклунством було ефективним, то більшості з нас це не переконує у тому, що депресія була спричинена злими духами; замість цього ми могли б дослідити, чи там не був присутній сильний ефект плацебо, або, можливо, зілля, використане у лікуванні, не містило психоактивних речовин. Так само й ефективність КПТ як методу лікування не означає, що теорія КПТ – правильна. Насправді, докази на користь деяких фундаментальних теоретичних концепцій КПТ є не настільки обширними, як докази ефективності самої терапії. Кларк, Бек та Елфорд (Clark, Beck, Alford, 1999) представили детальний розгляд наукових доказів теорії когнітивної терапії при депресії. Вони дійшли висновку, що стосовно передбачуваної моделі негативного мислення при депресії є докази того, що:

- зростає кількість негативних думок про себе, майбутнє і (менш явно) про світ;
- послаблюється позитивне мислення про себе, проте ця зміна менше виражена і може бути не такою специфічною для депресії (іншими словами, подібне може виявитись і при інших проблемах);
- зростає кількість думок і переконань, що стосуються втрати та невдач (їх теж більше в людей із тривожними розладами).

Що стосується негативних думок як причини появи проблем, то існує припущення, що негативне мислення може сприяти погіршенню настрою. Кларк та інші (Clark et al., 1999) прийшли до висновку, що існують певні експериментальні докази того, що негативні думки про себе можуть викликати суб'єктивні, поведінкові, мотиваційні та психологічні особливості, подібні до легкої або помірної депресії. Якщо ми експериментально спровокуємо появу негативних думок про себе в людини, яка не має депресії, то цим можемо спричинити появу тимчасових станів, досить схожих на депресію.

Також є докази того, що пропонована обробка когнітивних упереджень може бути виявлена в експериментах і бути доказом того, що люди з депресією мають:

- схильність до спотворення інформації про себе (але такі спотворення не відбуваються щодо нейтральної чи міжособистісної інформації);
- посилене пригадування негативних подій та наявність негативних переконань.

Крім того, є докази того, що такі зміни при обробці інформації можуть відбуватися автоматично й несвідомо.

Найменшою, втім добре підтримуваною частиною теорії є припущення про те, що люди схильні до депресії через негативні переконання, які існують у латентній формі, навіть тоді, коли депресії немає. Кларк та інші (Clark et al., 1999) вважають, що існують деякі докази цієї ідеї, проте це також свідчить, що важко отримати чіткі докази (можливо, це і не дивно, якщо зважати на труднощі виявлення таких «прихованих» переконань експериментально).

Подібно виглядає ситуація і з конкретними моделями КПТ для інших розладів: у деяких сферах є хороша, переконлива підтримка цих моделей даними наукових досліджень, а в інших випадках доказів наразі недостатньо чи ж вони сумнівні. Втім, попри це все, на разі доведено, що:

- а) КПТ – безсумнівно ефективний метод лікування при багатьох проблемах;
- б) є певні докази теорії КПТ, а також простір для подальших досліджень та розвитку цього підходу в конкретних галузях.

Підсумки

- Сучасна КПТ походить від поведінкової терапії (яка наголошує на важливості поведінкових змін задля подолання проблем психічного здоров'я) та когнітивної терапії (яка акцентує на розумінні та зміні значення, яке ми надаємо подіям).
- Проблеми можна описати як взаємодію між чотирма «системами»:
 - когнітивна система – те, що людина думає, уявляє, у що вірить;
 - поведінкова система – те, що людина робить або говорить, а інші можуть спостерігати;
 - афективна система – емоції людини;
 - фізіологічна система – те, що відбувається з тілом (вегетативні зміни, зміна апетиту і т. п.).
- Розрізняють три рівні когніцій:
 - негативні автоматичні думки – специфічні думки, які виникають спонтанно у різних ситуаціях; вони негативно впливають на настрій людини, а також відносно доступні для свідомості.

- дисфункційні припущення – «правила життя», які керують поведінкою та очікуваннями людини в різних ситуаціях, а також вони часто мають форму умовностей (якщо..., то...).
- глибинні переконання – узагальнені переконання про себе, інших людей та світ загалом, які проявляються в широкому діапазоні ситуацій, проте які не є легко усвідомлюваними.
- Різним видам психологічних проблем притаманні різні характерні когніції (за змістом і стилем). Наприклад, при тривожних розладах домінує занепокоєння загрозою та пов'язані з цим спотворення щодо можливої загрози.
- Існує чимало доказів того, що КПТ є ефективним методом допомоги при різних проблемах у сфері психічного здоров'я; менш чіткими, проте суттєвими є докази самої теорії КПТ, яка лежить в основі лікування.

НАВЧАЛЬНІ ВПРАВИ

Питання для рефлексії:

- Поміркуйте над тим, що ви думаєте про основні принципи КПТ, описані у цьому розділі. Чи вони є для вас логічними? Чи є серед перелічених принципів такі, які суперечать іншим, або нелогічні?
- Що ви думаєте про когнітивну теорію, яка лежить в основі КПТ? Чи вона логічна для вас? Чи вона відповідає вашому клінічному досвіду?
- Чи, на вашу думку, важливо те, що докази теорії КПТ не такі вагомими, як докази її ефективності?

Практичні завдання:

- Спробуйте дослідити і виявити власні негативні думки, дисфункційні припущення та глибинні переконання. Постарайтеся вловити свої думки, особливо, коли ви засмучені або змінився настрій. Чи ваші думки відповідають будь-якому з описаних тут взірців? Які подібності чи відмінності існують між вашим досвідом та описом різних видів когніцій?
- Чи ці спостереження якимось чином впливають на вашу клінічну практику?
- Якщо так, то як ви застосуєте це у своїй клінічній практиці?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press. (Є російський переклад цієї книги: Бек А. «Когнитивная терапия депрессии».)

Хоча цій книзі вже понад 30 років, усе ж з неї розпочалася когнітивна революція. Ця праця – класична, і може дати відчуття справжніх клінічних реалій роботи із клієнтами з депресією.

Greenberger, D., Padesky, C. (1995). *Mind over mood*. New York: Guilford Press.

Книга із самодопомоги, призначена для надання допомоги клієнтам, але вона також є чітким і простим вступом до КПТ, корисним для терапевтів-початківців, незалежно від того, чи вони будуть використовувати її у роботі з клієнтами. (Є російський переклад цієї книги: Гринберг Д., Падески К. «Управление настроением».)

House, R., Loewenthal, D. (Eds.). (2009). *Against and for CBT: towards a constructive dialogue?* Ross-on-Wye: PCCS Books.

Суміш поглядів (переважно дуже критичних) на філософію, науку, етику та політику КПТ (і заодно щодо програми ПДПД). Книга виходить із постмодерністської позиції та містить певний жаргон, пов'язаний із цим підходом, а отже, багато розділів непрості для читання, проте цікаві, якщо ви хочете збагнути погляди на КПТ із різних перспектив.

Веб-сайт Центру дослідження ефективності результатів терапій (The Centre for Outcomes Research, Effectiveness – CORE) при університетському коледжі Лондона, за сприяння якого була розроблена модель компетентностей КПТ: www.ucl.ac.uk/clinical-psychology/CORE/CBT_Framework.htm

Цей сайт містить докладний опис компетентності КПТ щодо лікування тривожних розладів та депресії, а також інструменти для самооцінювання, які дадуть змогу терапевтам-практикам оцінити, наскільки їхні вміння відповідають необхідним компетентностям.

2

Ключові характеристики КПТ

КПТ має багато спільних рис з іншими підходами, але також багато таких, які суттєво відрізняють її від інших. У цьому розділі ми зупинимось на головних рисах методу КПТ, а також розглянемо деякі міфи про неї. Сподіваємось, що це допоможе вам і вашим клієнтам, адже надання достовірної інформації про терапію допоможе їм зробити свідомий вибір чи хочуть вони розпочинати КПТ (Garfield, 1986), а також може покращити результати лікування.

КПТ відоме поєднанням особливостей, які описані далі у цьому розділі. Цей метод ґрунтується на співпраці терапевта і клієнта; це структурований, активний, визначений у часі, емпіричний та проблемно-орієнтований метод; він часто використовує методи керованого відкриття, поведінкові методи, роботу in vivo (на живо), підсумки та зворотний зв'язок.

СПІВПРАЦЯ

КПТ – це проект співпраці між терапевтом та клієнтом. Обоє беруть активну участь у процесі терапії, де кожен має свої сфери компетентності: терапевт – знання про ефективні методи вирішення проблем, клієнт є експертом власного досвіду та наявних проблем. Цей акцент на співпраці може відрізнитись від очікувань клієнта

щодо терапії, тому важливо з'ясувати, чого очікує клієнт, щоб вже від початку ви мали спільне бачення терапії. Початкове представлення терапії клієнтові міститиме пояснення про його вирішальну роль у ній. Наприклад, ви можете сказати:

Кожен із нас відіграє важливу роль у терапії. Я досить багато знаю про КПТ та про те, як конкретні проблеми ускладнюють життя людям. Ви набагато більше, ніж я, знаєте про те, як ця проблема впливає на вас, а це і є та інформація, яка допоможе нам зрозуміти й поступово змінити вашу життєву ситуацію. Це насправді «спільний проект».

Це також не означає, що ви маєте завжди знати відповіді на всі запитання. Якщо ви невпевнені, то завжди можете попросити клієнта уточнити, подати більше інформації чи розказати про своє бачення ситуації.

Клієнт описує терапевтові яскравий сон і запитує: «Що мені з цим робити?» Проте замість того, щоб одразу відповісти на запитання, терапевт з'ясовує: «Що, на вашу думку, важливого в тому, що вам приснився цей сон?» і «Які він викликав у вас відчуття?».

Пам'ятайте, що КПТ підтримує відкритість та чесність між терапевтом та клієнтом: будьте відкритими в тому, що ви робите і чому, а також просить клієнта про відвертий зворотний зв'язок стосовно того, що, на його думку, допомагає, а що ні.

Співпраця має розвиватися у процесі терапії. Заохочуйте клієнта до того, щоб він поступово займав все активнішу позицію у встановленні порядку денного, розробленні домашнього завдання та зворотному зв'язку. Втілюйте це за допомогою щирого шанобливого ставлення до клієнта, сприяючи розвиткові відчуття того, що він стає сам собі терапевтом. У кінцевому результаті ви сподіваєтесь, що клієнт закінчить терапію як кваліфікований КПТ-практик, тому заохочуйте самостійно застосувати підхід, щоб клієнт був готовий справлятися з можливими рецидивами у майбутньому (див. Розділ 6).

СТРУКТУРА Й АКТИВНЕ ЗАЛУЧЕННЯ

Проблемно-орієнтований і структурований характер КПТ вимагає від терапевта так працювати з клієнтом, щоб зберегти структуру сесій. Наприклад, на початку кожної сесії ми встановлюємо із клієнтом чіткий порядок денний, якого пізніше дотримуємось (див. Розділ 11, у якому докладно описано процес встановлення порядку денного).

КПТ-терапевти активно взаємодіють із клієнтами і говорять більше, ніж у деяких інших терапевтичних підходах – можливо, приблизно 50 % всього часу на

початкових стадіях терапії. Це може обтяжувати терапевтів-початківців. Проте велика частина вашого внеску в терапію полягає у формі запитань, які ви ставите, а те, як розвиватиметься сесія, залежить від спільних зусиль. На ранніх етапах терапії зміст сесій більшою мірою визначатиме терапевт, проте з розвитком терапії клієнт повинен перебирати на себе цю відповідальність. Наприклад, на початку ви будете пропонувати клієнтові домашні завдання, втім у процесі терапії ваш клієнт відіграватиме все більшу роль у визначенні завдань, які повинен буде виконати до наступних зустрічей.

Наприклад, жінка страждає від obsesій, зосереджених на дотриманні правил, на страсі зробити щось дурне, чим вона може згнєбитися, та намаганні строго дотримуватися усіх офіційних правил. Вона переконана, що завжди потрібно все робити правильно, і що її відкинуть, якщо вона вийде за межі звичних норм поведінки. Ця жінка відвідала вісім сесій і вже починала брати на себе більшу відповідальність за зміст сесій, коли відбулась така розмова:

Терапевт: Ви кажете, що вам складно буде зробити щось для себе, особливо для власного задоволення. Як ви вважаєте, що можна було б зробити, щоб ми могли дізнатись більше про те, як ви почуваетесь, і які у вас з'являються переконання в таких ситуаціях? (Тобто, терапевт готує ґрунт для експерименту.)

Клієнт: Ну, моя подруга двічі запрошувала мене піти з нею на заняття з ювелірного мистецтва. І я б залюбки з нею пішла, проте в обох випадках я сказала їй, що у мене було багато справ... і так справді було, але навіть якби мені не було взагалі чим зайнятись у той момент, мені б все одно було складно погодитись на цю пропозицію. Тому, я припускаю, що могла б піти з нею і подивитись, що станеться.

Терапевт: Зважаючи на наші цілі, що, на вашу думку, ви могли б взяти до уваги?

Клієнт: Ну, думаю, потрібно було б дізнатись, які у мене виникнуть відчуття і думки у такій ситуації.

Терапевт: Можливо, ще щось?

Клієнт: Думаю, те, як я почувалась би після всього, бо саме в той момент, зазвичай, з'являється почуття провини.

Терапевт: Тоді зупинімося на цьому. Яку форму щоденника ми для цього оберемо?

Межа, до якої клієнт визначає зміст сесій, частково залежить від функціонування його особистості, переконань та поглядів. Більш самостійна особа може переймати на себе контроль вже від перших стадій лікування, тоді як більш залежній особі буде необхідно повільніше перебирати на себе відповідальність.

ВИЗНАЧЕНА В ЧАСІ ТА КОРОТКОТРИВАЛА

І клієнтів, і представників сфери послуг системи охорони психічного здоров'я КПТ приваблює тим, що досить часто вона є короткотривалою. У цьому контексті «короткотривала» – означає приблизно від 6 до 20 сесій. Кількість сесій зумовлена даними клінічних випробувань щодо конкретних проблем, а також залежить від специфіки проблеми, від самого клієнта та від наявних ресурсів. Оскільки часто ресурси обмежені, то важливо ефективно допомогти людині, а структурованість і сфокусованість КПТ – це важливий внесок у досягнення цієї мети. У Таблиці 2.1 наведено орієнтири щодо можливої тривалості лікування різних типів проблем.

Вид проблеми	Кількість сесій
Легка	до 6
Від легкої до помірної	6–12
Від помірної до важкої або помірна проблема із супутніми розладами особистості	12–20
Важкі проблеми із супутніми розладами особистості	>20

Таблиця 2.1 Рекомендації щодо тривалості терапії

Немає доказів того, що довготривала терапія є завжди ефективніша, ніж короткотривала (Baldwin, Berkerjon, Atkins, Olsen, Nielson, 2009). Також дослідження свідчать, що клієнти, які довго чекали своєї черги на терапію, не обов'язково потребували для досягнення терапевтичного ефекту проведення з ними терапії такої ж тривалості. Для терапевтів, які звикли до інших терапевтичних підходів, швидкий перехід від дослідження та формулювання, що відбувається за 1–2 сесії, до терапії, тривалістю вісім сесій, може здаватися поспіхом. Проте, що більше ви опановуватимете цей метод, то легше вам буде реалізовувати його у клінічній практиці.

Важливо повідомити вашому клієнтові про орієнтовну тривалість терапії, а також регулярно оцінювати прогрес. Якщо виявиться, що терапія не допомагає, або якщо прогрес – незначний, то легше закінчити цей вид терапії, якщо наперед було обумовлено, що на такій і такій сесії буде оцінено ефективність терапії і відповідно прийнято рішення про подальше її продовження, зміну, припинення. Якщо ж клієнт робить успіхи, але залишкові проблеми все ще є, то варто продовжити лікування, хоча також і подумати про переваги того, щоб дозволити клієнтові спробувати уже самостійно з ними справитися. Найкраще це робити поступово, збільшуючи проміжки часу між сесіями, щоб клієнт перебирав відповідальність за роботу із залишковими проблемами, тоді як у нього й далі буде можливість зустрічатися з терапевтом.

У КПТ немає обов'язку дотримуватись 50-хвилинного чи будь-якого іншого стандарту тривалості сесії. Сесія, на якій проводиться експеримент *in vivo* (наприклад, з

клієнтом, у якого агорафобія), може тривати 2–3 години. З іншого боку, підсумкова сесія наприкінці лікування може тривати лише 20 хвилин. Зважайте на те, що якщо ви встановлюєте актуальні та продуктивні домашні завдання, то можна ствердити, що більшість терапій відбувається за межами терапевтичної сесії з терапевтом.

ЕМПІРИЧНИЙ ПІДХІД

У КПТ існує сильний акцент на використанні емпіричних психологічних знань. Наприклад, виявлено, що рання втрата одного з батьків провокує появу депресії удоросломувіці (Brown, Harris, Bifulco, 1986); що люди з генералізованим тривожним розладом (ГТР) не толерують невизначеності (Ladouceur, Dugas, Freeston, Leger, Gagnon, Thibodeau, 2000); а також, що у людей із депресією пригнічується здатність пригадувати конкретні події, особливо позитивні, тобто у них «узагальнена» пам'ять (Williams, Teasdale, Segal, Soulsby, 2000). Терапія ґрунтується на цих знаннях. Крім того, від поведінкової терапії КПТ запозичила зобов'язання досліджувати ефективність лікування у кожному індивідуальному випадку (див. Розділи 5 і 18).

Як терапевт ви повинні мати інформацію про доказові теорії, втручання з даних досліджень і використовувати їх як керівництво для проведення терапії у кожному окремому випадку. Іноді стверджують, що вибірка пацієнтів у наукових дослідженнях відрізняється від тієї, що є у клінічних умовах, а отже, дані досліджень не достовірні. Однак поки немає переконливих доказів того, що інший підхід ефективніший, то справедливо буде повідомити клієнтові про наявні емпіричні докази КПТ. При цьому теж дуже важливою є клінічна інтуїція терапевта, яка підказує, що може бути дієвим саме для цього клієнта. Втім і ці «інтуїтивні дані» мають бути інтегровані в діагностичне формулювання, яке ґрунтується на доказових моделях психічних розладів. Важливо справді зважати на дані, отримані з ретельних клінічних досліджень. Утім також варто знати, що існують деякі дані досліджень, які виявили, що терапевти іноді схильні дуже швидко відходити від встановлених протоколів лікування, а це негативно впливає на результати терапії (Schulte, Eifert, 2002), хоча докази цього поки що часткові (Ghaderi, 2006).

В індивідуальній терапії клієнтові також пропонують вирішувати свої проблеми емпіричним шляхом. Наприклад:

- Думки та переконання розглядаються як гіпотези, які необхідно досліджувати. Наприклад, жінці, яка думає, «що я погана мама», було запропоновано розглядати це як один із багатьох можливих поглядів на існуючі проблеми у вихованні дітей, а також шукати доказів на підтвердження кожного з них.
- Можна збирати дані, щоб перевіряти ідеї. Наприклад, чоловікові, який боявся павуків, бо був переконаний, що вони побіжать у його бік, пропонувалося зібрати дані про те, як часто павук, що є на тарілці, побіжить до руки (терапевта!) замість того, щоб бігти у протилежному напрямку (див. Розділ 9, де йдеться про подібні поведінкові експерименти).

- У світлі доказів можна формулювати, а потім перевіряти нові переконання. Тут акцентуємо на тому, щоб перевіряти «як є насправді», застосовуючи нові моделі поведінки, новий спосіб мислення, нові способи взаємодії, а не лише обговорювати нові ідеї, щоб змінити почуття та переконання. Завжди важливо орієнтуватися на клієнта у тому, яким чином будуть корисні нові докази (знову ж таки, див. Розділ 9, присвячений подібним втручанням):

Жінка, яка страждала від хронічної депресії, притримувалась переконання, що «Завжди потрібно усе робити досконало, щоб досягнути максимального результату». У процесі терапії вона працювала над новим переконанням, що «Речі можна робити просто так, необов'язково досконало, і все-одно отримувати від цього задоволення».

Щоб перевірити це, вона вирішила приєднатись до аматорського хору тільки заради задоволення, а також вона почала вивчати французьку мову лише для того, щоб могли «якось порозумітись», а не для того, щоб знати її досконало.

ПІДХІД, ОРІЄНТОВАНИЙ НА ПРОБЛЕМУ

Проблеми ваших клієнтів будуть різними: дисфоричний настрій, труднощі у стосунках, поведінка, яка не приносить користі (як, наприклад, звичка виривати волосся) або професійні труднощі (наприклад, часта втрата роботи). КПТ визначає, які проблеми безпосередньо стосуються клієнта, і зосереджується на їх вирішенні або зменшенні їх впливу на життя особи. Проблеми варто описувати конкретно, а не лише називати діагноз. Наприклад, якщо клієнт страждає від депресії, то вам варто дізнатись, як саме це впливає на нього, а також за якими конкретними аспектами проблеми йому потрібна допомога: для одних це можуть бути самокритичні думки, поганий настрій, соціальна ізоляція, зниження інтересів, тоді як іншим буде потрібна допомога щодо зниженої концентрації уваги, проблем зі сном, плаксивості та дратівливості.

Як тільки ви узгодили з клієнтом, над якими проблемами він хоче працювати, тоді встановлюйте цілі для кожної проблеми, які є основним фокусом лікування. Процес встановлення цілей має зосереджуватись на клієнтові, на його сподіваннях після закінчення терапії, а також на тому, яким чином він хоче відрізнятись від себе «теперішнього» (див. Розділ 11).

Добираючи стратегії щодо допомоги клієнтові, також використовуйте й інші стратегії на додаток до описаних у цій книзі. Наприклад, такі втручання, як навчання навичкам (асертивність, тайм-менеджмент і т. д.) чи робота з втратою, чи подружня терапія також можуть бути корисними. Незалежно від того, які втручання ви добираєте, їх потрібно оцінити та вибрати ті, що зроблять терапію найефективнішою.

КЕРОВАНЕ ВІДКРИТТЯ

У процесі керованого відкриття терапевт використовує так звану форму «Сократівських» запитань для того, щоб допомогти клієнтові краще ідентифікувати свої думки та переконання (див. Розділ 7). Це ретельно сформульовані запитання, які допомагають клієнтам зрозуміти ідіосинкратичне значення ситуацій, виробити альтернативні способи бачення речей та перевірити корисність нових перспектив сприйняття.

ПОВЕДІНКОВІ МЕТОДИ

Поведінкові втручання – це невід’ємний компонент КПТ, тому багато домашніх завдань ґрунтуються саме на виконанні поведінкових завдань та експериментів. Їх застосовують, щоб перевірити нові гіпотези, що формуються на терапевтичних сесіях, щоб посилити засвоєння здобутих навичок та сприяти генералізації досвіду з сесій у «реальне» життя, де справді потрібно досягти змін. Існує широкий спектр можливих поведінкових втручань (див. Розділ 9, присвячений ретельному описові поведінкових технік), адже деякі принципи поведінкової терапії безпосередньо запозичила КПТ: наприклад, застосування градуйованого, покрокового підходу до виконання нових завдань, розбиття цих завдань на менші, підсильні завдання.

РОБОТА IN VIVO (У «РЕАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ»)

Часто КПТ-терапевти «переносять» терапію з офісу в реальний світ, щоб провести обстеження або поведінковий експеримент. Така робота в реальному середовищі може бути безцінною. Наприклад, клієнт, який довгий час страждає від obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) може вже не усвідомлювати деталей своїх поведінкових ритуалів, а ви можете недооцінювати його проблеми доти, доки безпосередньо за ним не поспостерігаєте в реальній ситуації його повсякденного життя. Крім того, важливо перевіряти, чи зміни переконань у клінічних умовах перейшли в реальні обставини життя. Допомогою в цьому можуть бути експерименти in vivo, часто, у супроводі терапевта.

Чоловік із тривогою за здоров’я був переконаний, що якщо він почне задихатись, то може зомліти і померти; тому прагнув постійно бути неподалік медичного закладу. У клінічних умовах під час терапії він поставив під сумнів своє переконання. За згодою клієнта терапевт відвіз його у сільську місцевість, де жоден із них не знав про місцезнаходження медичного закладу, і вони бігали разом туди-сюди дорогою доти, доки у клієнта не з’явилась задишка (цих дій клієнт постійно уникав), щоб таким чином перевірити його нове переконання, що він не зомліє.

Якщо клієнт повинен перевірити новий, але складний для нього спосіб поведінки, то ви можете допомогти йому в цьому, коли будете поруч, заохочуючи та підтримуючи його. За деяких обставин може бути корисним моделювання поведінки терапевтом, хоча ви повинні передати ініціативу клієнтові якомога швидше, та дозволити продовжувати експеримент самостійно.

Жінка з агорафобією була надзвичайно схвильована наслідками тривоги, особливо тим, що з неї сміятимуться, якщо станеться епізод нетримання калу (якого насправді ніколи не було). Жінка пішла разом із терапевтом до місцевого супермаркету і на відстані спостерігала за тим, як люди реагували на велику коричневу пляму на задній частині спідниці терапевта – як виявилось, переважно байдуже.

Дуже часто для роботи *in vivo* можна залучити родичів або друзів, але такі дії потріб-но ретельно планувати з урахуванням деталей, а також, можливо, доведеться скоригувати негативні/проблемні думки/переконання осіб, яких плануєте залучити. Наприклад, чоловік або дружина може бути переконаний, що експозиція близької їм особи до симптомів панічної атаки може бути загрозливою; таке переконання буде контрпродуктивним для поведінкового експерименту, який націлений на дослідження наслідків панічної атаки.

ПІДБИТТЯ ПІДСУМКІВ ТА ЗВОРТНИЙ ЗВ'ЯЗОК

У КПТ часто використовують підбиття підсумків та зворотний зв'язок на сесіях, що є одним із способів утримання фокусу уваги на важливих питання порядку денного. Ви можете робити паузи, щоб узагальнити основні пункти обговорюваного, приблизно кожні 10 хвилин, або частіше, якщо це початкові стадії терапії. Підсумки повинні включати емоції, що описав клієнт, та значення, яке він надає подіям. Це не повинно бути інтерпретацією того, що сказав клієнт. Насправді ж краще використовувати слова клієнта, замість того, щоб замінити їх власними, які можуть суттєво змінити значення для клієнта, особливо, якщо він використав метафору або ідіосинкратичну фразу.

Також корисно попросити вашого клієнта підсумувати обговорення, наприклад: «Чи ви можете дати мені зворотний зв'язок, якими, на вашу думку, є основні моменти нашої розмови дотепер? Я лиш хочу перевірити, чи «йду в ногу з вами».

Такі підсумки допомагають забезпечити спільне розуміння ключових моментів. А іноді вражаючим може бути відкриття того, наскільки неправильно клієнт або терапевт зрозуміли один одного.

Після обговорення із клієнтом наскільки важливо записувати НАДи, терапевт зазначив, що дуже допомогло те, що клієнт був готовий до ідентифікації своїх думок. Коли його попросили про зворотний зв'язок, клієнт відповів, що тепер розуміє наскільки важливо усвідомлювати свої НАДи, проте він все ще почувається погано й сумнівається у тому, що КПТ допоможе йому.

Підсумки можуть допомогти клієнтові прояснити важливі моменти з того, що він сказав, і краще розуміти себе самого. Наприклад:

Терапевт: Звучить так, що риси вашого партнера, які вас раніше приваблювали, тепер вас дуже розчаровують. Це так?

Клієнт: Так, але я не думав так про це раніше.

Особливо корисно узагальнити ключові моменти наприкінці сесії і запитувати клієнта, з яким «посланням» він йде додому – знову ж таки, це знизить ризик непорозумінь. Також важливо отримати зворотний зв'язок клієнта про сесію: що було потрібним, непотрібним, що засмутило.

Терапевт: Добре, це допоможе, якщо ви повідомите мені, коли вам важко, або коли помітите, що я рухаюсь не в тому напрямі чи навіть, якщо вас що-небудь засмутило. Людям буває іноді складно говорити про те, що їм не подобається або що їх не зрозуміли. Мені допоможе, якщо ви повідомите про те, що для вас не є корисним, тоді ми зможемо з'ясувати це або роз'яснити, про що йдеться. Чи сьогодні я сказав щось, що змусить вас думати про це пізніше і переживати, або що засмутило вас?

Подібне запитання я ставитиму вам наприкінці кожної сесії. Будь ласка, коментуйте все, що для вас важливе.

Які основні пункти ви забираєте з собою додому сьогодні?

Якщо на початкових етапах терапії ви виділите час і поясните клієнтові, чому зворотний зв'язок такий важливий, а також подякуєте, коли його отримаєте, то, імовірно, ви одержуватимете відвертий зворотний зв'язок від клієнта і надалі.

Також кожна сесія може починатись вашим проханням про зворотний зв'язок щодо попередньої сесії: що було корисним, або чи у клієнта з'явилися якісь нові ідеї після попередньої сесії. Ймовірно, що ваш клієнт ще раз обдумає сесію і дасть зворотний зв'язок, якщо ви обговорите з ним переваги цього, а також серйозно поставитесь до зворотного зв'язку клієнта.

Наприклад, клієнт говорить, що йому не подобається обдумувати матеріал сесії на самоті, коли він не з терапевтом (як це було запропоновано для домашнього завдання). Після спроб дослідити, що саме це означає, виявляється, що клієнт часто має відчуття, що він переобтяжений різними завданнями, що вони є понад його можливості. Виявивши це, терапевт із клієнтом можуть далі над цим працювати.

МІФИ ПРО КПТ

У цій частині ми визначимо та розглянемо деякі поширені міфи про КПТ.

Міф № 1 «Терапевтичні стосунки неважливі у КПТ»

Риси терапевта, які цінують в інших терапевтичних підходах, однаково важливі і для КПТ. Доброзичливе, емпатійне ставлення до клієнта, безумовне прийняття – це умова успішної терапевтичної роботи за Роджерсом (Rogers, 1951), і є необхідними характеристиками КПТ-терапевта (наприклад, Wright, Davis, 1994), ці риси також цінують клієнти (Askerman, Hilsenruth, 2005). А це суперечить хибній думці про те, що КПТ – безособова терапія, у якій терапевтичні стосунки не важливі. Вже на початковому етапі вкрай важливо встановити довірливі стосунки для того, щоб клієнт міг розповісти про себе важливу інформацію, чи ж разом із терапевтом працювати над впровадженням нових та складних способів поведінки. І хоча КПТ не розглядає терапевтичний стосунок як основний терапевтичний інструмент, однак, це, безумовно, дуже важлива складова ефективної терапії. Терапевт повинен зважати на будь-які труднощі, що виникають у терапевтичних стосунках, і має спробувати зрозуміти, які переконання клієнта були триггером для появи цих труднощів (див. Розділ 3).

Дехто вважає, що КПТ-терапевти не цікавляться тим, що клієнт відчуває до терапевта. Утім протягом останніх 20 років спостерігається зростання уваги до важливості терапевтичних стосунків – але це тлумачиться радше у когнітивній моделі, а не психодинамічній (див.: Orlinsky, Grawe, Parks, 1994).

Міф № 2 «КПТ – це механістичний підхід: при проблемі X – застосуйте техніку Y»

Основа КПТ – це чітка модель, яка об'єднує емоції, поведінку, когніції і фізіологію; ця модель лежить в основі терапевтичних стратегій, які довели свою ефективність. У КПТ звичайно існує також і специфічна модель для кожного конкретного розладу. Наприклад, існує модель панічного розладу, в якій основну роль відіграє

викривлена катастрофічна інтерпретація незагрозливих фізичних чи психічних симптомів; модель депресії зосереджується на негативних думках клієнта про себе, інших людей та світ загалом. На основі таких моделей розроблено також досить детальні протоколи для лікування конкретних проблем клієнта. Втім у терапії конкретного випадку буде насамперед побудовано формулювання, а на його основі – терапевтичний план. Цей план хоч і може містити техніки з рекомендованих протоколів, втім він не матиме «загального» характеру (тобто, «Оскільки у нього тривожний розлад, я думаю, що йому потрібні техніки подолання тривоги»), а навпаки, ґрунтуватиметься на розумінні того, які психологічні процеси підтримують проблему клієнта, які важливі зв'язки існують між емоціями, думками, поведінкою та фізіологічними особливостями у цьому конкретному випадку – і відповідно до індивідуальних «мішеней» буде вибрано індивідуальний підхід у терапії. Докладніше про це – у Розділі 4.

Міф № 3 «КПТ – це позитивне мислення»

Іноді висловлюється думка про те, що КПТ не цікавиться обставинами проблеми клієнта чи його інтерперсональною ситуацією, а лише зацікавлена у тому, щоб клієнт сприймав речі позитивно. Але це не так: КПТ прагне допомогти клієнтам реалістично оцінити свої думки, а не показати, що вони завжди хибні, чи що обставини завжди позитивні. Коли в людей є проблеми, то їхнє мислення може бути надмірно негативним, але іноді воно може відповідати реальності: ваш клієнт може думати, що його партнер не цікавиться ним, бо його партнер дійсно не цікавиться ним! У формулюванні терапевт має зважати на міжособистісні та соціально-економічні обставини проблеми клієнта, а не робити висновок про те, що думки клієнта викривлені, тільки тому, що клієнт оцінює ці обставини у негативний спосіб.

У жінки погіршився настрій після того, як її скоротили з роботи в готелі. Це вже втретє вона втратила роботу: перших два рази – через скорочення штату, а третій – через труднощі у стосунках з керівником. Вона почувалась погано тому, що незалежно від того, як багато зусиль вона докладала, здавалось, що удача була проти неї і все йшло не так. Вона відчувала, що їй не вдасться змінити ситуації на краще. Замість того, щоб зробити висновок, що думки жінки викривлені, терапевт допоміг клієнтові розглянути докази, щоб побачити, що у всіх трьох випадках стало причиною втрати роботи і якою мірою клієнт відповідальна за такий хід подій. Можливо, у терапії потрібно було зосередитись на її навичках міжособистісної взаємодії або на дотриманні професійних стандартів, а, можливо, на схильності приписувати провину іншим. У цьому випадку з'ясувалось, що все було так, як вона думала від початку: події склалися таким чином, з незалежних від неї причин, тому мета терапії полягала у тому, щоб допомогти цій жінці прийняти, що, на жаль, у житті часом так буває і це треба пережити...

КПТ теж визнає, що деякі негативні думки могли відповідати дійсності в минулому, проте тепер реальність інша. Наприклад, дитина, яка зростала у середовищі, позбавленому емоцій, могла мати переконання, що «Я нікому не потрібна», але у її дорослому житті це не обов'язково так має бути. Мета терапії полягає у розумінні та вирішенні проблем, а не у виправленні мислення!

Міф № 4 «КПТ не працює з минулим»

Більшість сесій КПТ зосереджена на «тут і тепер» тому, що терапія найбільше прагне вирішити поточні проблеми і те, що зараз їх підтримує. Це не означає, що КПТ не може працювати з минулим, коли це потрібно, або що досвід минулого неважливий при врахуванні обставин формування проблеми (див. Розділ 4). Головна причина, через яку КПТ зосереджується на «тут і тепер», є та, що фактори, які спричинили виникнення проблеми, часто відрізняються від тих, котрі підтримують її існування сьогодні, і тому відносно більша увага приділяється теперішній ситуації, а не минулому.

У 16-річної дівчини був страх та тривога не втримати сечі тому, що колись у дитинстві вона пережила такий інцидент перед своїми однокласниками на шкільній екскурсії. Тоді вона не могла «потерпіти», як радили їй вчителі, і коли врешті вона не втримала сечі й це побачили однокласники, вони дуже сміялися з неї. Тепер вона була старшою і могла «терпіти» протягом багатьох годин і ніхто з її друзів більше її не дражнив. У той момент проблема підтримувалась різноманітною «охоронною поведінкою», як наприклад: уникнення ситуацій, коли не буде швидкого доступу до туалету; не пити перед виходом; під штанами носити довгі грубі шкарпетки, які б могли поглинути сечу у випадку «аварії». У цієї дівчини проблема була спричинена однією групою факторів, але підтримувалась іншими.

Міф № 5 «КПТ працює із проблемами, які на поверхні, а не з їх «коренями», тому є ймовірність виникнення інших симптомів проблеми»

Як зазначалося у Розділі 1, раніше існувало побоювання, що просте «усунення симптомів» призведе до появи інших проявів основної проблеми. Однак низка досліджень свідчить, що клієнти, які пройшли КПТ, мають менший ризик рецидивів, і в подальшому переважно не розвивають проблем (наприклад, Durham, Turvey, 1987; Williams, 1997; Hollon et al., 2005).

Стратегії, які клієнт вивчає у КПТ, можуть бути легко перенесені на вирішення інших проблем. До того ж, формулювання проблем клієнта у КПТ допомагає краще

зрозуміти психологічні *процеси*, що підтримують ці проблеми. Відповідно втручання скеровані на усунення основоположних підтримуючих процесів. Докладніше це питання розглянемо у Розділі 4.

Жінка із симптомами агорафобії мала також низку інших труднощів (включаючи obsесивно-компульсивні симптоми, страх, що щось погане станеться з її рідними, депресію, переживання, що її відкинуть і покинуть близькі люди, брак асертивності). Проблеми з агорафобією вдалося успішно подолати на початку лікування, оскільки їх вирішення було пріоритетом для клієнта, оскільки вони перешкоджали їй успішно функціонувати як матері та дружині. Відповідно це було уже великим досягненням, що вона могла вільно самотійно пересуватися, хоча на цьому етапі терапії тема страху бути покиненою ще не опрацьовувалася. Згодом була проведена робота з obsесивними симптомами, і врешті робота із загальним відчуттям власної меншовартості.

Міф № 6 «У КПТ терапевт переконує клієнта, як треба правильно думати»

Іноді висловлюється думка про те, що КПТ-терапевт говорить своєму клієнтові про те, що з його способом мислення щось не так, і як він повинен правильно думати. Як було вказано в буклеті одного інформаційного центру психічного здоров'я: «Когнітивна терапія відбувається у формі суперечки між клієнтом і терапевтом. Тому вона підходить тільки сильним особистостям, готовим до таких дебатів». Насправді, лише погана КПТ схожа на суперечку! Ви маєте ставитись до клієнта неупереджено, намагатися відчувати його життєву ситуацію, зрозуміти його проблему й допомогти йому навчитися ставити під сумнів власні переконання і критично досліджувати їх, шукати об'єктивного сприйняття дійсності. Суть цього – допомогти йому максимально самотійно це робити. І такий підхід має шанси: адже ми не нав'язуємо клієнтові свого бачення ситуації, а запрошуємо до самотійного дослідження дійсності. Відповідно це не викликає спротиву і потреби відстоювати свої погляди. Якщо клієнт сам розгляне докази за і проти власного переконання, зробить власні висновки, то, вірогідніше, що це його переконає і він прийме нове бачення ситуації (див. Розділ 7).

Міф № 7 «КПТ працює із простими проблемами, для складніших потрібно щось інше»

КПТ – це широкий і гнучкий підхід до терапії, який умілі практики можуть застосовувати до багатьох психологічних проблем, за умови, що клієнт хоча б

мінімально бере участь у цьому процесі. Є вагомі наукові докази того, що КПТ – ефективний метод лікування складних, комплексних форм розладів першої осі (за класифікацією DSM-IV-TR; – див.: Haddock, Barrowclough, Shaw, Dunn, Novaco, Tarrier, 2009), і тепер щоразу є більше доказів ефективності КПТ при розладах особистості (див. Розділ 17).

Міф № 8 «У КПТ увагу приділяють лише роботі з думками, а емоції ігнорують»

КПТ насправді зацікавлена у тому, щоб допомогти людям змінити їхні думки, проте, зазвичай, це засіб для досягнення мети, але не мета. Більшості клієнтам потрібна допомога з настроєм, почуттями або поведінкою, а не з дисфункційним мисленням. Когнітивні зміни – це засіб допомоги у зміні інших систем, але терапія рідко успішна, якщо вона відбувається як суто інтелектуальне обговорення абстрактних думок. Якщо клієнт у процесі не відчуває ніяких емоцій, то малоімовірно, що він досягне змін в емоціях чи поведінці (Safran, 1998).

Клієнт із депресією, який був соціально ізольованим, описує ситуацію зустрічі з друзями, де він почувався відкинутим і неважливим на підставі того, як інші люди ставились до нього. Він описував цю сцену і свої негативні думки спокійно й розмірено. І хоча він міг побачити докази того, що інші його цінують (вони долучили його до планів на вечір, вони розмовляли так, начебто припускали, що він приєднається до їхнього виїзду за місто на вікенд), але це ніяк не вплинуло на його думку, що він був «другорядним». Терапевт знову попросив його описати цю сцену, але вже цього разу, висловлюючи свої негативні думки, він повинен був пригадати і відчути ті емоції, що відчував під час тієї сумної для нього ситуації. І лише тоді, застосовуючи техніки КПТ, сила його негативних думок почала спадати.

Міф № 9 «КПТ підходить лише для клієнтів, які “психологічно налаштовані”»

Як правило у КПТ клієнти повинні бути в змозі усвідомлювати та говорити про свої думки та емоції, а також відрізнити одні від інших. Якщо клієнт розуміє психологічну модель – підтримуючий цикл або діагностичне формулювання – то це його перевага. Однак, якщо це викликає труднощі у клієнта, терапевт може допомогти йому розвинути необхідні здібності, щоб могли зрозуміти це (див.: Butler, Surawy, 2004). У таких ситуаціях також варто запропонувати кілька пробних сесій, щоб виявити, чи клієнтові підходить цей метод.

Міф № 10 «КПТ можна швидко вивчити і її легко застосовувати»

КПТ має низку дієвих стратегій, які можна відносно легко засвоїти та застосовувати, і ця книга власне представляє базові навички. Однак застосування цього підходу у творчий та гнучкий спосіб настільки ж складне завдання, як і в інших підходах. Пам'ятайте також про те, що вам необхідно регулярно проходити супервізії (див. Розділ 19) та оновлювати свої знання відповідно до того, як розвивається метод.

Міф № 11 «КПТ не цікавиться підсвідомими процесами»

КПТ не застосовує концепції підсвідомості у фрейдистському баченні, але очевидно визнає те, що когнітивні процеси можуть бути неусвідомленими. У багатьох випадках ви і ваш клієнт намагаєтесь прояснити значення досвіду клієнта, який на початку міг бути неусвідомленим. Зазвичай цей досвід не інтерпретують як витіснений матеріал, а вважають «передсвідомим», доступним за належної допомоги до усвідомлення та рефлексії. Багатьом клієнтам потрібна практика, щоб, наприклад, підвищити рівень усвідомлення власних НАДів чи припущень. «Сократівські» запитання використовують для того, щоб допомогти клієнтові ідентифікувати такі когніції, а потім з'ясувати їхнє значення. Проте сам терапевт не пропонує власних інтерпретацій, а клієнту пропонується допомога щодо того, щоб він став експертом у розумінні самого себе. Докладніше про це – у Розділі 7.

Є випадки, коли клієнт активно блокує власні думки чи образи. Наприклад, хтось, хто піддавався сексуальному насильству в дитинстві, може відмежовуватися від будь-якого досвіду чи спогадів, оскільки вони занадто болісні; при ОКР багато клієнтів уникають певних думок, які обумовлюють їхню компульсивну поведінку, уникаючи ситуації, що є триггерами таких думок. Загалом техніки, описані у Розділах 8 та 9, застосовують для дослідження цих неусвідомлених думок та переконань.

Міф № 12 «КПТ вимагає високого рівня інтелекту»

КПТ не має вищих вимог до рівня інтелекту, ніж будь-який інший терапевтичний підхід, і, до того ж, КПТ була адаптована для роботи з людьми, які мають інтелектуальну недостатність. Подібно КПТ була адаптована для роботи з дітьми та молоддю (Graham, 1998), а також для роботи з людьми похилого віку (Wilkinson, 2002).

Підсумки

Основні характеристики КПТ роблять її ефективним, дієвим способом роботи з клієнтами, оскільки допомагає їм розробити стратегії подолання проблем і супроводжує їх у процесі вироблення нових, більш адаптивних способів світосприйняття.

Головні характеристики КПТ:

- Співпраця, при якій і терапевт, і клієнт об'єднують власні експертизи для того, щоб подолати проблему.
- Структурований та активний формат, що включає встановлення порядку денного та визначення цілей терапії. Це робить терапію структурованим терапевтичним процесом, до якого активно долучені і терапевт, і клієнт.
- Визначена в часі, з типовою тривалістю від 6 до 20 сесій.
- Емпірична база ґрунтується на психологічних доказах й заакцентована на вимірюванні проблем та емпіричному оцінюванні результатів.
- Проблемно-орієнтована, при якій процес лікування планують відповідно до детального формулювання проблем.
- Принцип керованого відкриття та використання «Сократівських» запитань.
- Усвідомлення важливості поведінкового компонента, відповідно використання широкого спектру поведінкових втручань.
- Підбиття підсумків та зворотний зв'язок, які використовують для перевірки співрозуміння між клієнтом і терапевтом.

НАВЧАЛЬНІ ВПРАВИ

Питання для рефлексії:

- Якщо ви працюєте у сфері психотерапії, то чи спосіб обстеження і проведення терапії у моделі КПТ, про який ви дізналися з цього розділу, на вашу думку, є більш структурованим, ніж ті, до яких ви звикли? Як в інших підходах отримується і використовується інформація від клієнта щодо його цілей та очікувань від терапії? Чи у вас є якісь застереження та побоювання щодо використання більш структурованого підходу у терапії?
- Якщо ви тут прочитали щось, що вас здивувало, що суперечило вашим попереднім уявленням про КПТ – то що саме? Чи ви раніше вірили певним міфам про КПТ? Якщо так, то яким саме і наскільки сильно? Як змінилася ваша думка щодо цих міфів після прочитання цього розділу?
- Чи є такі аспекти КПТ, які вас насторожують, викликають дискомфорт? Як би ви могли поступово подолати це, щоб випробувати аспекти КПТ на практиці?

Практичні завдання:

- Якщо ви проаналізуєте роботу з останніми п'ятьма клієнтами, то як часто вона включала домашні завдання, що містили поведінковий компонент? Чи ви можете пригадати сесії, де було б корисно включити поведінкові завдання? Якими могли б бути ці завдання?
- Якщо ви раніше вірили в будь-який із міфів про КПТ (наприклад, що КПТ переконує клієнта, як правильно треба думати), то чи це позначилося на вашій практиці? Якщо так, то подумайте про те, яким чином ви могли б зробити ваші сесії більш типовими для КПТ і тоді зробіть це.
- Розробіть стратегію, як би ви могли пояснити клієнтові, що зворотний зв'язок потрібний та очікуваний, і застосуйте це на практиці з двома клієнтами. Як би ви запитали про те, чи ваше прохання змусило їх відчувати дискомфорт?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.

Класичний текст, який добре описує характеристики підходу.

Westbrook, D., Mueller, M., Kennerley, H., McManus, F. (2010). *Common problems in therapy*. In M. Mueller, H. Kennerley, F. McManus, D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to surviving as a CBT therapist*. Oxford: Oxford University Press.

Цікавий фрагмент, у якому автори обговорюють поширені проблеми терапії, пов'язані з багатьма ключовими особливостями КПТ.