

Посвящение

Эта книга посвящается Джоан Кирк, основательнице Оксфордского центра когнитивно-поведенческой терапии, ранее возглавлявшей Оксфордскую службу психологической поддержки для взрослых, с благодарностью за ее энергию, участие, мудрость и теплоту, без которых у многих из нас не было бы ни опыта, ни смелости для написания этой книги.

Благодарности

Во-первых, и в-главных, мы хотели бы поблагодарить всех, кто участвовал в экспериментах и в их разработке — наших пациентов. Без их мужества, упорства и креативности эта книга не увидела бы свет. Во-вторых, мы выражаем признательность коллегам, руководителям и подчиненным, слишком многочисленным, чтобы перечислять их здесь, — всем, кто вносил свой вклад в вынашивание этого проекта. В-третьих, мы благодарны нашим семьям и друзьям за то, что они терпели долгие часы нашего отсутствия, что было неотъемлемой частью процесса создания этой книги. В-четвертых, мы хотим поблагодарить тех, кто щедро поделился своими историями для раздела “Психотерапевты шутят”: Дэвида Кларка, Хелен Клоуз, Энн Гледхилл, Лорну Хогг, Клаудию Кох, Али Модарези, Фиону Кеннеди и Хелен Руни (другие истории были предоставлены редакцией). И наконец, в-пятых, большой поддержкой были для нас неизменно позитивный и гибкий подход нашего редактора в Издательстве Оксфордского университета Мартина Баума и готовность изящно и с юмором вносить последние изменения выпускающего редактора Кейт Смит.

Предисловие

Дэвид М. Кларк

Целью когнитивной терапии является понижение эмоционального дистресса путем оказания помощи пациентам в определении и изменении искаженных паттернов мышления. А. Бек [12] сравнивает это с научным исследованием. Пациенту и терапевту предлагается рассматривать убеждения пациента как гипотезы, требующие оценки с точки зрения того, до какой степени они согласуются с имеющимися данными о пациенте и его мире. На сеансах обычно обсуждаются доказательства “за” и “против” определенных убеждений. Однако в первом подробном терапевтическом руководстве [16, с. 56] А. Бек также отмечал, что “мощным методом исследования обоснованности конкретного предположения является разработка эксперимента или задания для эмпирической проверки предположения”. Далее он обсуждает, как такой эксперимент можно организовать. Сначала пациент и психотерапевт “уточняют... предположение, которое хотят проверить”. Затем определяется задача, позволяющая экспериментально протестировать предположение. В частности, задача ставится таким образом, чтобы можно было утверждать, что, если предположение верно, то произойдет X, а если предположение неверно, то результат будет другим. Когда эксперимент завершен, “терапевт и пациент... оценивают результаты эксперимента... рассматривают разные интерпретации... и сравнивают *фактические* результаты с *прогнозами* пациента, основанными на исходном предположении”.

Начальный энтузиазм А. Бека к экспериментам полностью оправдался. За 25 лет, с момента публикации основополагающей работы [16], в когнитивной терапии были разработаны эффективные программы для лечения широкого спектра расстройств [см. 116 и 158]. В большинстве программ, как правило, присутствуют “поведенческие эксперименты”, в которых пациентам предлагается проверить свои убеждения с помощью действий. Сейчас в открытом доступе есть подробные терапевтические руководства для многих программ, связанных с конкретными расстройствами. Однако до сих пор нет работы, охватывающей разные расстройства и посвященной конкретно поведенческим экспериментам. Данный труд превосходно восполняет этот пробел.

За последние 25 лет исследователи, работающие в больнице Варнефорд в Оксфорде, разработали ряд эмпирически валидированных программ

когнитивной терапии, особенно для тревожных расстройств и расстройств пищевого поведения. Многие известные авторы этой книги внесли свой вклад в их разработку, и логическим следствием этого было написание данной книги. Читатель найдет здесь внушительное собрание часто используемых поведенческих экспериментов, а также практическое руководство по их организации и обсуждению результатов с пациентами. Как указывают авторы книги (см. главы 1 и 2), сами по себе поведенческие эксперименты не являются терапией. Напротив, они являются инструментами, которые нужно использовать в контексте общей программы когнитивной терапии. Такая программа предполагает тесные рабочие отношения пациентов с терапевтами, в которых главными принципами являются сотрудничество, эмпиризм и управляемое открытие. Как четко сказано в [16], поведенческий эксперимент может быть организован только после того, как пациент и терапевт определяют конкретное предположение/убеждение/процесс, который необходимо исследовать. Кроме того, эксперимент может привести к существенным когнитивным изменениям только тогда, когда результаты, поддерживающие новую гипотезу, четко операционализируются, обговариваются и степень, до которой доказана их убедительность, открыто обсуждается. Сомнения пациентов в убедительности конкретных экспериментов должны быть выявлены, заслушаны и использованы для разработки более точных и более убедительных экспериментов.

Мой личный вклад

Поведенческие эксперименты сыграли важную роль в программах когнитивной терапии, разработанных для разных тревожных расстройств мной и моими коллегами. Редакторы этой книги любезно и, наверное, слишком великодушно решили, что краткое историческое описание ряда основных моментов этих программ, касающихся поведенческих экспериментов, будет представлять общий интерес.

Еще в конце 1970-х годов, будучи клиническим психологом-стажером, я наткнулся на печатную копию книги А. Бека, ставшую в итоге классическим руководством по когнитивной терапии [16]. Первая возможность организовать поведенческий эксперимент у меня появилась, когда ко мне пришла страдающая фобией пациентка, которой, как выяснилось, мало помогала тщательно спланированная программа экспозиционной терапии. Наблюдая за ее явной неспособностью показать габитуацию во время длительной экспозиции, я заметил эпизоды заметно повышенной тревожности (панические атаки), во

время которых она часто и глубоко дышала. Коллега-медик определил, что этот характерный паттерн дыхания — гипервентиляция, и высказал мнение, что именно она вызывает тревогу из-за снижения уровня CO₂ в организме и провоцирования других биохимических изменений. Желая испытать этот процесс на себе, я начал часто дышать и с удивлением обнаружил, что, несмотря на переживание многих телесных ощущений, не почувствовал особой тревоги. Это наблюдение привело к ранней и ограниченной версии теории, позже названной когнитивной теорией панического расстройства [40]. В частности, я предположил, что панические атаки пациентки могут быть вызваны катастрофической интерпретацией ощущений, производимых гипервентиляцией. Это привело к использованию искусственной гипервентиляции как способа продемонстрировать пациентам, что панические атаки имеют безвредную причину. В то время мы часто проводили поведенческие эксперименты с искусственной гипервентиляцией, после которых просто обучали пациентов медленному поверхностному дыханию.

Хотя многим страдающим паническими атаками пациентам помог этот комбинированный подход, мы заметили, что некоторые из них по-прежнему очень боятся связанных с тревогой ощущений и, казалось, вынуждены контролировать их. Это наблюдение и некоторые опросы о перцепциях Мартина Селигмана [218] привели Пола Салковскиса к гипотезе о том, что контролируемое дыхание играет роль безопасного поведения, препятствуя когнитивным изменениям у некоторых пациентов. Перцептивный анализ Салковскиса [198, 200] был очень плодотворным, поскольку выявлял, что большинство пациентов с паническим расстройством применяли широкий спектр ситуативного безопасного поведения. За анализом последовал эффективный поведенческий эксперимент. Пациентам предлагалось вызвать у себя пугающие их ощущения, а затем отказаться от попыток контролировать симптомы; это был высокоэффективный способ обучения тому, что ощущения безвредны.

Ключевая особенность программы когнитивной терапии при панике [44] заключалась в том, что она была не просто набором техник обесценивания конкретных негативных мыслей. Наоборот, пациентам предлагалось сравнить два разных способа объяснения их проблемы: с одной стороны, это была идея о том, что симптомы, которые они испытывают, очень опасны и являются признаком серьезных физических или психических проблем (например, надвигающегося инфаркта или безумия), а с другой стороны, это была идея, что проблема состоит в их ошибочном убеждении, что симптомы опасны, и появляющемся в результате этого порочном круге мыслей, чувств и ощущений.

Поиск доказательств альтернативной модели, или способа понимания проблемы, стал еще более важен, когда мы переключили внимание на ипохондрию. Как и паническое расстройство, ипохондрия характеризуется неверным толкованием симптомов. Тем не менее при ипохондрии время ожидания пугающих результатов, как правило, длиннее. Например, пациент с паническим расстройством может интерпретировать кардиологические симптомы как признак сердечного приступа и неминуемой смерти, тогда как пациент с ипохондрией чаще всего интерпретирует симптомы как признак сердечно-сосудистого заболевания, которое приведет к физическому недугу или смерти только через несколько месяцев или лет. Ясно, что невозможно опровергнуть идею о том, что кто-то может умереть через несколько месяцев или лет, если лечение продолжается всего несколько недель. В таком случае главной целью и задачей большинства поведенческих экспериментов является демонстрация валидности не связанной с заболеванием альтернативной модели. Например, пациент, обеспокоенный тем, что у него развивается рак горла, часто делает намеренные глотательные движения, проверяя, правильно ли оно функционирует. Такая проверка вызывает дискомфорт и субъективные трудности при глотании, которые интерпретируются пациентом как доказательство того, что у него рак горла. Поведенческие эксперименты, в которых пациент намеренно несколько раз глотает и наблюдает за последствиями, значительно повышают его уверенность в альтернативной модели — что проблема заключается в его уверенности в болезни.

Социальная фобия оказалась особенно благодатной почвой для поведенческих экспериментов. Д. Кларк и А. Уэллс [49] предположили, что устойчивость расстройства объясняется неправильным стилем обработки, в котором внимание обращено внутрь и внутренняя информация (тревожные чувства, негативные образы себя и определенные типы пережитых чувств) используется для чрезмерно негативных выводов о том, как человек воспринимается другими. Кроме того, некоторые виды безопасного поведения отравляют социальное взаимодействие, оказывая пагубное влияние на других людей. Каждое из этих положений может быть тонко проиллюстрировано с помощью экспериментов, в которых манипуляциям подвергаются фокус внимания, безопасное поведение и/или собственный образ. В отношении собственного образа особенно продуктивным средством для того, чтобы помочь пациентам увидеть, что их взгляд на то, как их воспринимают окружающие, чрезмерно негативен, оказалась обратная связь с помощью видеозаписи.

При лечении посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) поведенческие эксперименты оказались столь же гибким и мощным средством. Можно было систематически проверять такие ошибочные убеждения, как “Если я позволю себе тревожиться, думая о травме, то не смогу справиться/сойду с ума”, и убедительно демонстрировать проблемные следствия безопасного поведения (например, попытки подавить интрузии увеличивают частоту их появления). Кроме того, мощное сочетание любознательности, а также склонности к созданию и проверке гипотез, образующее основу поведенческих экспериментов, можно было использовать для понимания и последующего устранения весьма загадочных симптомов. Например, пациенты с посттравматическим стрессовым расстройством довольно часто сообщают о моментах, когда без видимых причин испытывают внезапную тревогу. А. Элерс и Д. Кларк [66] предположили, что такие эпизоды часто представляют собой активацию фрагмента воспоминания о травме (ужас) без идентификации источника. Скорее всего, триггерами таких активаций часто бывают физические стимулы, схожие с теми, которые присутствовали во время травмы. Например, ужас, который человек испытал ночью во время дорожно-транспортного происшествия, может вызвать напоминающий свет фар солнечный зайчик на лужайке. Если выдвинуть как возможное такое объяснение, первый эксперимент будет включать просьбу к пациенту наблюдать за такими стимулами в дальнейших эпизодах. В случае их идентификации следующий эксперимент будет состоять в разрыве связи между стимулами и воспоминаниями о травме, а также в намеренном использовании стимула, чтобы вызвать воспоминание о травме и сосредоточиться на разнице между моментом травмы и настоящим моментом (например, “Я думала, что умру, но не умерла. Событие осталось в прошлом, и сейчас я полностью в безопасности”). Таким образом, воспоминание о травме контекстуализируется, и повторное переживание травмы подавляется [66].

Приглашение

Довольно уже ответов на вопросы “Что это?” Теперь я приглашаю вас перевернуть страницу и перейти к чтению книги, авторы которой умело проиллюстрировали мир поведенческих экспериментов. Говоря бессмертными словами Т.С. Элиота, “Пойдем, нас ждут”.

Ждем ваших отзывов!

Вы, читатель этой книги, и есть главный ее критик. Мы ценим ваше мнение и хотим знать, что было сделано нами правильно, что можно было сделать лучше и что еще вы хотели бы увидеть изданным нами. Нам интересны любые ваши замечания в наш адрес.

Мы ждем ваших комментариев и надеемся на них. Вы можете прислать нам электронное письмо либо просто посетить наш веб-сайт и оставить свои замечания там. Одним словом, любым удобным для вас способом дайте нам знать, нравится ли вам эта книга, а также выскажите свое мнение о том, как сделать наши книги более интересными для вас.

Отправляя сообщение, не забудьте указать название книги и ее авторов. Мы внимательно ознакомимся с вашим мнением и обязательно учтем его при отборе и подготовке к изданию новых книг.

Наши электронные адреса:

E-mail: info.dialektika@gmail.com

WWW: <http://www.dialektika.com>

Предисловие

Эта книга написана клиницистами для клиницистов. Она задумана как практичное, удобное для чтения руководство, подходящее для практикующих врачей всех уровней — от стажеров до супервизоров когнитивной терапии. Ее назначение — стать источником идей, которые будут стимулировать творчество клиницистов, желающих проводить поведенческие эксперименты, адаптированные к индивидуальным когнициям своих пациентов.

Мы написали эту книгу, потому что все ее составители хотели бы иметь такую же на своих книжных полках. Несмотря на то что поведенческие эксперименты являются одной из самых главных и наиболее эффективных интервенций в когнитивной терапии, существует нехватка соответствующей литературы, фокусирующейся на практических рекомендациях по их разработке и реализации. Стажеры часто просят руководителей подсказать им идеи по организации и проведению поведенческих экспериментов с конкретными пациентами. Опытные клиницисты также часто нуждаются в практических советах при работе со своими пациентами или в руководстве стажерами. Чтобы восполнить этот пробел, в данном руководстве мы собрали более 200 примеров поведенческих экспериментов по целому ряду разных проблем.

То, что эта книга вышла в Оксфорде, не случайно и объясняется несколькими факторами. В начале 1970-х годов в Оксфорде была создана Исследовательская группа психологического лечения. Это дало толчок ряду соответствующих клинических испытаний, проверяющих и уточняющих принципы поведенческой практики. Когда когнитивная революция начала набирать обороты, постепенно когнитивные методы переплетались с поведенческими, пока когнитивная точка зрения не стала преобладающей. В течение последующих трех десятилетий многие работавшие в Оксфорде клиницисты участвовали в исследовательских проектах, использовали свои идеи для решения все более и более сложных проблем и делали свои результаты доступными для широкой аудитории. Ход их мыслей и работа определялись непосредственно двумя принципами, более четверти века проходившими красной нитью в исследованиях, — тщательное продумывание с последующим применением в клинической практике.

В течение этого времени в Оксфорде находились два британских исследователя, больше всех участвовавших в теоретической и практической разработке поведенческих экспериментов, — Дэвид Кларк и Пол Салковскис. Концепция

безопасного поведения Салковскиса сыграла особую роль при разработке поведенческих экспериментов. И Кларк, и Салковскис вместе со своими командами (включая некоторых авторов этой книги) оказали большое влияние на разработку эффективных когнитивно-поведенческих методов лечения тревожных расстройств, особенно выделяя ценность поведенческих экспериментов. В предисловии к этой книге Кларк особо подчеркивает эту мысль.

Также оксфордские когнитивные терапевты проявили большой интерес к распространению когнитивной терапии среди пациентов и медицинских работников. Одна из авторов книги, Джоан Кирк, сыграла в этом важную роль, возглавив отделение психологической помощи для взрослых местной Национальной службы здравоохранения и увеличив ее состав с трех человек до крупного коллектива, специализирующегося на когнитивной терапии. Работники этого отделения выпускали буклеты и книги для пациентов и психотерапевтов и популяризовали методы когнитивной терапии; многие из них также внесли свой вклад в написание этого руководства.

Постдипломный курс “Когнитивная терапия в Оксфорде” также сделал большой вклад в эту работу. Это был один из первых курсов для специалистов по когнитивной терапии в Великобритании, и многие авторы этого руководства принимали в нем участие как преподаватели, супервизоры и/или слушатели. Совсем недавно Оксфордский Центр когнитивной терапии организовал вводные и более специализированные курсы по когнитивной терапии, а также доступ к экспертному наблюдению, консультациям и психотерапии.

Таким образом, в Оксфорде удалось собрать критическую массу людей с конкретным опытом в когнитивной терапии, делавших особый акцент на проверке когниций в реальном мире (например, в поведенческих экспериментах). Это стало важным элементом при написании этой книги.

Оксфордское руководство — во многом групповой проект. Начав работать над книгой, мы обнаружили, что требуется еще огромное количество концептуальных разработок. Это повлекло творческие разногласия между авторами первых двух глав и глав, посвященных конкретным проблемам, а также между издателями и авторами книги. В этом смысле *Оксфордское руководство*, возможно, выходит за рамки “нормального” издания: авторы — это больше чем просто авторы глав, а издатели — это больше чем просто издатели.

Мы предвидим дальнейшие концептуальные и практические разработки. И *Оксфордское руководство* — лишь первый шаг на этом пути. Глава, написанная Кристин Падески, указывает направление будущих исследований. По нашим прогнозам, в следующих изданиях будет содержаться больше глав,

посвященных трансдиагностическим проблемам (например, перфекционизму, прокрастинации) и области психологии здоровья.

Наконец, мы надеемся, что читатель извлечет такую же пользу из чтения книги, как мы — из ее написания и издания. Для всех нас это было увлекательное путешествие. Оно сильно повлияло на наше представление о процессе психотерапии и клинической работе, которую мы проводим с пациентами. Мы надеемся, что это поможет вдохновить всех, кто практикует когнитивную терапию, на новое творчество и дальнейшие исследования очень мощного влияния поведенческих экспериментов на достижение терапевтических изменений.

Издатели,
сентябрь 2003 года

Как пользоваться этой книгой

Оксфордское руководство написано для тех, кто изучает когнитивную терапию, и тех, у кого уже есть навыки, т.е. базовые знания по когнитивной терапии и способность проводить оценку, находить когнитивные формулировки и выполнять основные терапевтические процедуры.

Точные когнитивные формулировки — это предпосылка для организации и проведения эффективных поведенческих экспериментов. Когниции, которые нужно проверить, и, что важно, контекст, в котором они проверяются, будут варьировать от случая к случаю. Следовательно, эксперименты должны быть индивидуально разработаны и адаптированы к конкретным требованиям пациента. В *Оксфордском руководстве* предлагается множество примеров разных поведенческих экспериментов, включая типичные для конкретных проблем. Они стимулируют творческий подход читателя к адаптации экспериментов к потребностям своих пациентов.

В некотором смысле *Оксфордское руководство* задумано как “поваренная книга” — но не та, в которой, независимо от контекста, нужно рабски следовать рецептам, а та, назначение которой — помочь читателям понять внутренние принципы готовки, чтобы создавать бесконечное количество новых “блюд”.

Главы 1 и 2 представляют собой введение в поведенческие эксперименты и контекст остальной книги. В главе 1 обсуждается концептуальная основа поведенческих экспериментов: их роль в когнитивной терапии, история происхождения, клиническое значение и теоретическое обоснование, объясняющее их явное воздействие. В главе 2 содержится общее практическое руководство по разработке и проведению поведенческих экспериментов; ее следует читать до остальных глав, чтобы достичь полного понимания.

Остальные главы книги сфокусированы на конкретных проблемах. К ним относятся проблемы, которые традиционно находились в центре внимания когнитивной терапии (например, депрессия и тревожные расстройства), которые совсем недавно стали предметом ее изучения (биполярное расстройство, психотические симптомы) и изучение которых находится еще в зачаточном состоянии (проблемы физического здоровья, травмы головного мозга). Также сюда входят несколько глав о трансдиагностических проблемах (избегание аффекта, низкая самооценка, межличностные проблемы, самоповреждающее поведение). Эти главы можно читать независимо одна от другой, но поскольку часто все проблемы взаимосвязаны, полезные поведенческие эксперименты можно найти и в других главах, и раздел в конце каждой из них отсылает читателя к соответствующим проблемам.

В помощь читателям все главы имеют одно и то же базовое строение.

1. Основное описание проблемы
2. Применение когнитивной модели (моделей) к конкретной проблеме
3. Ключевые когниции или когнитивные конструкции
4. Поведенческие эксперименты, проверяющие ключевые когниции
5. Характерные трудности в проведении поведенческих экспериментов с данными группами пациентов
6. Другие главы по теме
7. Рекомендованная литература

Читатели должны понять, что книга не была задумана как полный отчет обо всех когнитивных моделях каждого расстройства; этой цели служат списки рекомендованной литературы в конце каждой главы.

Для простоты понимания сами поведенческие эксперименты также представлены в стандартизированном формате. Глава 2 дает объяснение используемым понятиям. Эксперименты проводятся для проверки целевой когниции или альтернативной точки зрения; делается прогноз, проводится эксперимент, фиксируются результаты и в процессе рефлексии оцениваются последствия для целевых убеждений.

Но даже самые хорошо продуманные планы не могут предусмотреть всех случайностей. Иногда возникают непредвиденные обстоятельства, и эксперименты не всегда заканчиваются так, как могли предполагать их организаторы. Иногда улыбается удача — и получаются неожиданно хорошие результаты, а иногда случаются и явные катастрофы. В таком случае могут пригодиться гибкость, ирония и чувство юмора. Чтобы показать это, мы составили сборник правдивых — а иногда и выдуманных — историй о поведенческих экспериментах, и разместили их между главами под общим названием “Психотерапевты шутят”. Эти истории не следует принимать слишком серьезно, они не всегда несут конкретную терапевтическую мораль. Послание, которое в них содержится, если вообще содержится, — просто быть готовыми принимать решения на ходу, а если вы и ваш пациент сможете получать еще и удовольствие от юмористических аспектов терапии — тем лучше!

Замечание по терминологии: на протяжении всей книги мы используем термины “пациент” или “человек”, а не “клиент” и последнюю версию *DSM* (*DSM-IV-TR*, *APA 2000*) для базового описания многих проблем. У авторов были значительные расхождения в степени приверженности этим терминам/концепциям. В итоге издатели решили, что лучше оставить стандартную

терминологию (пациенты) и использовать *DSM-IV-TR* как основу описания. Хотя они признают недостатки того и другого.

Хотя примеры поведенческих экспериментов основаны на реальных случаях, определяющие их характеристики, включая пол, были изменены, чтобы свести к минимуму любую возможность узнавания.

Некоторые читатели берут в руки *Оксфордское руководство*, мало или совсем ничего не зная о когнитивной терапии. Если это так, мы советуем, прежде чем начать читать эту книгу, познакомиться с одной или более базовыми работами по когнитивной терапии, которые приведены ниже, и/или посетить вводные семинары.

Рекомендованная литература

1. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: text revision (DSM-IV-TR)*. American Psychiatric Association, Washington DC.
2. Бек Дж. Когнитивная терапия: полное руководство. — М., СПб., К.: ИД “Вильямс”, 2007.
3. Бек А., Эмери Г. Тревожные расстройства и фобии. Когнитивный подход. — СПб.: ООО Диалектика, 2020.
4. Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. and Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press, New York.
5. Clark, D.M. and Fairburn, C.G. (ed.) (1997). *The science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford University Press, Oxford.
6. Greenberger, D. and Padesky, C. (1995). *Mind over mood*. Guilford Press, New York.
7. Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J. and Clark, D.M. (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems*. Oxford University Press, Oxford.
8. Leahy, R.L. (2003). *Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide*. Guilford Press, New York.
9. Leahy, R.L. and Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford Press, New York.
10. Simos, G. (2002). *Cognitive behaviour therapy: a guide for the practising clinician*. Brunner–Routledge, Hove.
11. Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practical manual and conceptual guide*. Wiley, New York.
12. Wills, F. and Saunders, D. (1997). *Cognitive therapy: transforming the image*. Sage, London.