

**Часть 1**  
**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ**  
**И ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ**  
**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО ПОДХОДА**  
**В КОНСУЛЬТИРОВАНИИ И ПСИХОТЕРАПИИ**

УДК 159.9

**ПРИВЕТСТВЕННОЕ СЛОВО ДОКТОРА ДЖУДИТ С. БЕК:  
ИСТОРИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ  
КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ**

**KEYNOTE SPEECH BY DOCTOR JUDITH S. BECK:  
THE HISTORY AND PERSPECTIVES OF THE DEVELOPMENT  
OF THE COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY**

*Джудит С. Бек,  
доктор философии,  
Президент Института Когнитивной Терапии и  
Исследований имени А. Бека,  
клинический профессор  
кафедры психологии и психиатрии,  
Университет Штата Пенсильвания (США)*

*Judith S. Beck,  
PhD, Clinical Professor  
Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy (USA)*

Дорогие участники конференции! Меня зовут доктор Джудит С. Бек. Я являюсь Президентом Института Когнитивной Терапии и Исследований имени А. Бека в Филадельфии Штата Пенсильвания. Наш Институт является негосударственным учреждением и международным центром по обучению КПТ, проведению сертификации и исследованиям в данной области. Моему отцу Аарону Беку и мне лично было приятно узнать о развитии профессионального сообщества КПТ в Беларуси. Несмотря на то,

что когнитивно-поведенческий подход существует в Беларуси сравнительно недавно, его представители сделали достаточно значительные шаги для внедрения, обучения, проведения исследований и развития когнитивно-поведенческого подхода. Сегодня профессиональное сообщество КПТ выступает организатором Международной научно-практической конференции, с представлением интересных докладов и практических мастер-классов. В связи с этим мы хотим поздравить участников конференции и поблагодарить его организаторов. Мы предполагаем, что различные примеры экспериментальных исследований и психотерапевтической практики позволяют вывести на новый уровень развитие КПТ в Беларуси, а это, в свою очередь, будет способствовать более успешному лечению людей.

Сейчас я с удовольствием хочу представить вам основные направления деятельности Института Когнитивной Терапии и Исследований имени А. Бека. Миссия нашего Института направлена на совершенствование системы обучения специалистов в области когнитивно-поведенческого подхода и повышение эффективности лечения пациентов во всем мире с опорой на теоретические концепции и практические результаты. Основными целями Института являются: 1) осуществление лидерства в области соблюдения золотых стандартов качества КПТ; 2) проведение исследований для оптимизации применения протоколов лечения и усовершенствования терапевтических методик; 3) обобщение мирового опыта для повышения качества работы специалистов в области КПТ.

Я всегда с удовольствием рассказываю историю зарождения когнитивной терапии, так как она связана с именем моего отца Аарона Бека. В 50-е годы прошлого века (как раз в то время, когда я только родилась) мой отец осуществлял психоаналитическую практику, занимаясь лечением пациентов. Он пытался осмыслить эффективность лечения и проводил самоанализ своей деятельности. Кроме того, в душе мой отец всегда был ученым. У него возникло желание провести научное обоснование психоаналитического подхода и получить эмпирические данные, подтверждающие эффективность психотерапевтической работы.

В то время он еще не знал, что проводимые эксперименты приведут его к созданию совершенно нового метода лечения, отличного от психоаналитического. В качестве первых испытуемых он пригласил пациентов, страдающих депрессией. Мой отец выдвинул гипотезу, что люди чаще всего страдают депрессией от того, что испытывают много агрессии по отношению к близким, важным для них, людям. Но выражать свою агрессию, говорить о ней другим людям у них нет возможности, поэтому она трансформировалась в форму аутоагрессии, вызывая психические нарушения.

Следующую серию экспериментов А. Бек посвятил изучению снов пациентов. З. Фрейд неоднократно подчеркивал, что сны являются прямым проводником к бессознательному. Мой отец провел сравнительный анализ содержания снов клиентов, которые страдали депрессией, и снов людей, не имеющих психические нарушения. Возникла еще одна гипотеза – согласно психоаналитической концепции сны пациентов, которые страдают депрессией, должны содержать больше агрессивных составляющих, чем сны обычных людей. Однако А. Бек получил противоположные результаты. Анализ эмпирических данных показал, что в содержании снов пациентов доминировали темы не враждебности, а поражения, безнадежности, потери, неуспешности. В жизни такие пациенты склонны были давать себе негативную, низкую самооценку. А. Бек пришел к выводам, что психоаналитическая концепция не в состоянии объяснить происхождение депрессии.

А. Бек задумал провести еще одну серию экспериментов. Он выдвинул гипотезу о том, что пациенты с невротической депрессией имеют склонность к страданию. В качестве испытуемых выступили пациенты психиатрических лечебниц. Была сформулирована еще одна гипотеза. Если у пациентов с депрессией есть потребность к страданию, то при условии, если в ходе экспериментов их будут хвалить за хорошо выполненные тестовые задания, они будут испытывать дискомфорт. Реальные результаты продемонстрировали улучшение состояния пациентов, после того как они получали одобрение и похвалу, а также

повышение продуктивности выполнения тестовых заданий. А. Бек приходит к созданию собственной концепции развития тревожных расстройств на основе эмпирических данных и клинических систематических наблюдений.

В качестве примера можно привести описание одного клинического кейса. У моего отца была клиентка, которая несколько сессий подряд рассказывала о своем сексуальном опыте. В конце одной из сессий мой отец задал ей вопрос о том, что она сейчас чувствует. Клиентка ответила, что испытывает тревогу. А. Бек предположил, что, возможно, эта тревога связана с негативными убеждениями клиентки и ее окружения относительно ее сексуальной жизни. Клиентка призналась, что она боялась показаться скучной для своего терапевта. На основе этого случая, а также других клинических испытаний А. Бек приходит к выводу, что пациенты имеют искаженные представления и убеждения, которые влияют на их поведение.

Продолжая применять специальные техники и протоколы интервью в своей работе, А. Бек обращал внимание на то, какие идеи и мысли возникают у пациентов, и просил эти идеи и убеждения озвучивать. Также он выделил такое понятие, как «внутренняя система коммуникации». Мой отец задавал вопросы пациентам по поводу того, какие мысли у них возникают, когда они испытывают негативные эмоции. Так зародилось понятие когнитивной концептуализации. Затем были выделены различные виды убеждений в КПТ: глубинные, промежуточные и «автоматические» мысли.

А. Бек сделал вывод, что от того, как люди мыслят, зависит их оценка и интерпретация произошедших событий. Мысли человека определяют его эмоции, эмоции обуславливают соответствующее поведение, а поведение формирует место человека в мире. Если интерпретации и внешние события расходятся, это может приводить к психической патологии. «Автоматические» мысли, которые формируются непроизвольно и достаточно быстро, представляют собой мимолетные оценочные суждения без глубокого размышления и умозаключения, не опирающихся на доказательства. Депрессия развивается у людей,

имеющих определенные глубинные убеждения и воспринимающих мир в двух негативных категориях: беспомощность и неприятие. Дж. С. Бек ввела еще одну категорию: сниженное чувство собственного достоинства. Люди, которые воспринимают мир в этой категории, видят себя несостоятельными и неуспешными. Беспомощность часто возникает тогда, когда люди имеют беспомощность в отношении настоящего, безнадежность в отношении будущего и негативный взгляд на настоящее. Джудит С. Бек разработала диаграмму когнитивной концептуализации, с помощью которой психотерапевт может собирать информацию о клиенте. Эта диаграмма позволяет изучать глубинные убеждения клиента и его копинг-стратегии.

По мнению А. Бека, глубинные убеждения включены в определенные схемы. Он выделил типологию схем, опираясь на концепцию Пиаже. Схемы – это когнитивные структуры, которые организуют опыт и поведение человека. Мой отец описал несколько видов схем. Когнитивные схемы содержат автоматические мысли и убеждения. Существуют также эмоциональные, мотивационные, поведенческие и физиологические схемы. Схемы имеют дополнительные структурные качества: широта, гибкость, интенсивность и другие. В своей модели схем А. Бек выделяет несколько составляющих, например, шкала депрессии, тревоги и другие. Последнее время он глубоко изучал позитивные или адаптивные модели схем.

А. Бек обратил внимание на то, что когнитивные искажения ведут к проблемам пациента. Как последствия дисфункциональных мыслей у него формируется низкий уровень мотивации, симптомы усиливаются, а поведение не способствует эффективной адаптации. Поэтому основной задачей психотерапии является изменение моделей поведения клиента, формирование более адаптивных форм поведения на основе осознания когнитивных искажений.

В 50–60-е годы XX века, осуществляя исследовательскую практику, А. Бек предлагал своим испытуемым проводить анализ собственных убеждений. Например, он давал возможность пациентам оценить, являются ли автоматические мысли верными

или неверными через обнаружение и отслеживание деструктивных мыслей. Вскоре он выделил наиболее типичные когнитивные искажения, которые клиенты допускали при формировании своих убеждений, например: персонализация, свехобобщение, преувеличение и другие. Изменение деструктивных мыслей в психотерапии приводило к изменению поведения пациентов и решению их проблем.

Обобщая полученные экспериментальные и клинические данные, А. Бек пришел к разработке собственного метода лечения депрессии, опираясь на когнитивную модель. Он апробировал свой метод в Пенсильвании совместно со своими коллегами, среди которых заметными фигурами являются доктор А. Раш и доктор Г. Эмери. Результаты этого исследования были опубликованы в 1977 году. Они содержали сравнительный анализ диагностики лечения пациентов с помощью метода когнитивно-поведенческого подхода и других методов. Две группы испытуемых проходили лечение одновременно. В группе пациентов, для которых были использованы техники когнитивно-поведенческого подхода, положительные результаты оказались выше. Но академическое сообщество не пожелало соглашаться с полученными данными, а предложенный метод подвергся критике. Тогда А. Бек основал собственный институт.

Первое методическое руководство по организации лечения с помощью метода КПТ вышло в 1979 году и получило название «Когнитивная терапия депрессии». В этом пособии содержатся основные концепции и техники когнитивно-поведенческого подхода.

В последующие годы мой отец вместе со своими коллегами проводил исследования, применяя и адаптируя метод КПТ для лечения других психических заболеваний: обсессивно-компульсивного расстройства личности, посттравматического стрессового состояния, биполярного расстройства личности, фобий и даже расстройств пищевого поведения. Этот метод был использован и для лечения шизофрении.

Был сформулирован протокол лечения расстройств личности, который включал несколько этапов. Первый этап – изучение

литературы по проблемам данного расстройства. Второй – сбор и анализ симптоматики пациентов, страдающих заданным расстройством. Далее определялась когнитивная формулировка заболевания и проводились эмпирические исследования и проверка для ее подтверждения. Только потом определялся метод лечения, эффективный для данного расстройства.

В настоящее время когнитивно-поведенческий подход применяется во всем мире в виде метода лечения достаточно многих расстройств.

Обозначая перспективы развития когнитивно-поведенческой терапии, мне бы хотелось отметить ее огромный потенциал и возможности для дальнейшего развития и применения, как в проведении исследований, так и при лечении пациентов. Необходимо проводить в дальнейшем экспериментальную проверку эффективности техник когнитивно-поведенческого подхода для правильного изменения терапии в соответствии с потребностями конкретных пациентов. Важным направлением может стать адаптация КППТ подхода для различных культур.

Возникает необходимость в создании новых технологий профилактики и лечения клиентов, что включает и использование виртуальной реальности для проведения психотерапии.

В будущем мы видим важность обучения КППТ подходу не только психологов и терапевтов, но и людей других профессий и специальностей: учителей, воспитателей, представителей духовенства, специалистов по работе с парами, врачей, сотрудников хосписа и даже исправительных учреждений, что будет способствовать улучшению результатов их деятельности и профессиональному развитию.

У нас также есть идеи использовать КППТ подход при обучении дипломатов для оптимизации дипломатических функций.

Существует необходимость объединения различных техник из других направлений психотерапии и апробирование их в КППТ подходе. Мы уже ведем такую работу в Институте КППТ А. Бека. Например, мы используем техники диалого-поведенческой терапии, гештальт-терапии, мотивационного интервьюирования, схема-терапии, межличностной психотерапии, майндфулнес,

терапии благополучия, позитивной психологии и даже психодинамического подхода. Все эти техники мы пытаемся модифицировать согласно модели когнитивной терапии.

Хотелось бы обозначить и далекое будущее КПТ подхода. Мой отец верил в то, в чем я с ним согласна, что через некоторое время мы придем к единому подходу в психотерапии. Мы верим, что этот подход будет построен на основе когнитивной модели, проверенной и верифицированной в различных эмпирических исследованиях.

В заключение привожу примеры использования КПТ подхода в лечении шизофрении. А. Бек со своими коллегами провели достаточно много экспериментальных и клинических исследований в Институте Пенсильвании, затем в Институте КПТ, чтобы адаптировать свою модель для лечения пациентов, страдающих шизофренией. Метод лечения был построен на основе индивидуального подхода. Основными участниками стали пациенты психиатрических больниц, которые находились на лечении по 20, 30 лет. Основной упор при лечении заболевания психотерапевты сделали не на устранение симптомов, а на расширение возможностей и восстановление личностных ресурсов. Одним из первых этапов внедрения этого стало обучение персонала психиатрических лечебниц новым методам лечения. Многие сотрудники не верили в возможность выздоровления своих пациентов. Перед А. Беком и его соратниками была поставлена задача изменить отношение лечебного персонала к индивидуальным возможностям больного шизофренией, обращая внимание на лучшие черты пациента и его позитивное поведение, а также научить персонал поддерживать позитивное поведение у таких пациентов.

Одним из важных этапов лечения являлось формирование и поддержание у пациентов повседневных действий. Например, прогулки, походы в Макдональдс, игры в баскетбол, игры с питомцами и другие. Задача персонала заключалась в том, чтобы поддерживать стремления пациентов быть вовлеченными в повседневные дела, хотя на это уходило нередко недели и даже месяцы. Пациентам задавали вопросы: «Что для тебя важно?»,



«Что бы ты хотел в жизни?», «Какой бы тебе хотелось видеть свою жизнь?».

Пациентам задавались вопросы касательно того, что именно они хотят достичь своими стремлениями и действиями. Например, один из пациентов говорил о том, что хотел бы стать учителем. Тогда ему задавались следующие вопросы: «Почему хорошо быть учителем?», «Что для тебя значит быть учителем?», «Кто такой учитель?», «Как это характеризует тебя?», «Видят ли другие люди тебя иначе или относятся к тебе по-иному?», «Что все это означает для твоего будущего?». Они просили пациентов представить, что все их мечты получили возможность реализоваться и сфокусироваться на позитивных эмоциях, которые они испытывали в тот момент, когда им удавалось представить реализацию своих желаний и намерений. Важно было предлагать пациентам обсудить, что именно сейчас они могут сделать для себя, чтобы почувствовать себя лучше.

Нередко пациенты говорили о том, что хотели бы помогать другим людям. Тогда им предлагалось подумать, как они могут организовать помощь прямо в лечебнице. После того как пациентам удавалось включиться в какую-нибудь активную деятельность, сотрудники помогали им сделать определенные выводы. Например: «Что изменилось в твоей жизни, когда ты стал учить других людей печь торты?», «Как это говорит о тебе?». И так далее. Результаты применения данного метода в лечении шизофрении оказались достаточно эффективными.

В качестве еще одного примера я хочу привести следующий терапевтический случай. Джейн была моей пациенткой. Ей было 50 лет. Она давно страдала от депрессии. Джейн была одинока, у нее практически никогда не было длительных отношений. У нее было несколько друзей, и она нигде не работала из-за своей инвалидности. Прошла психотерапию у психоаналитика. Затем попробовала программу психотерапии в методе КПТ. Я понимала, что классический способ КПТ не подходил для Джейн. Ей необходимо было подобрать индивидуальный способ лечения.

На первых сессиях я стала спрашивать Джейн о ее ценностях, о том, что на самом деле для нее важно. Она говорила, что для нее

очень дорогими людьми являются ее сестра и племянница. У женщины ярко проявлялись пессимистическая оценка и чувство отчуждения, ей было крайне важно почувствовать себя успешной и нужной. Когда я попросила ее вспомнить самый лучший период в жизни, она вспомнила годы, проведенные в старшей школе, когда у нее было много друзей в школе и вне школы. Тогда она проявляла эффективные навыки социального общения и успешность в учебной деятельности. На сессиях мы обсуждали ее ожидания, стремления что-то достичь в жизни. Она сказала, что у нее всегда была мечта стать художником. Я спросила ее о том, почему хорошо быть художником. Джейн ответила, что в работе художника ей нравится креативность, возможность создавать картины и коллажи. Представив себя художником, она почувствовала себя лучше. Ее мотивировало признание в обществе, включенность в сообщество людей, возможность расширить социальные связи, приобрести новых друзей.

Я предложила ей представить, что она смогла реализовать свои ожидания, достигла того, чего на самом деле желала. Джейн представила себя художником в большой комнате с большим количеством света в окружении картин. Когда я спросила ее о ее чувствах, что она ощущала в тот момент, она ответила, что чувствовала бы себя счастливой, и она на самом деле выглядела счастливой в период психотерапевтической сессии. Затем я попросила Джейн сделать что-нибудь для себя на этой неделе, что позволит ей почувствовать себя счастливой. Она сказала, что может попробовать начать снова рисовать. Мы вместе выработали план. Сначала ей необходимо было найти свой альбом для рисования и начать рисовать карандашами. Мы договорились о том, что не менее 10–15 минут в день она будет проводить за рисованием с натуры, что также позволит ей выходить из дома, избавляясь от социальной изоляции.

На следующих консультациях мы обсуждали возможные препятствия, а также «автоматические» мысли, мешавшие ей достичь желаемое. Джейн говорила о бесполезности такой мечты и о своей бездарности, в отсутствии способностей к рисованию. Ей было рекомендовано научиться убеждать себя в необхо-

димости начать рисовать. Ответы на вопрос, что ей в этом может помочь, Джейн записала на карточке и сфотографировала их на телефон, чтобы они постоянно были при ней.

На последующих сессиях мы создавали план Б на случай, если вдруг она не сможет найти материалы для рисования или погода испортится. Я вела ее к тому, чтобы ее желания и условия должны совпадать, что ничего не может ей помешать реализовать задуманное. В итоге, терапия оказалась достаточно эффективной для Джейн. Вместо того, чтобы обсуждать ее проблемы, мы сосредоточились на том, что поможет ей реализовать ее стремления и интересы. Мы говорили о проблемах только с точки зрения препятствий на пути к реализации ее желаний. Даже если она не сможет стать признанным художником, у нее будет достойная жизнь, наполненная смыслами и ценностями. Она будет делать то, что придает значимость и важность ее жизни. Все это улучшит ее самочувствие и будет способствовать выздоровлению.

Джейн достаточно успешно проходила терапию, справлялась с заданиями. На одной из сессий я спросила ее, хотела бы она показать свои рисунки племяннице, а возможно и провести с ней урок рисования. Джейн понравилась эта идея, и она снова почувствовала себя счастливой.

Таким образом, я познакомила вас с историей развития КПТ терапии и определила некоторые прогнозы ее развития в будущем. В заключение я описала случай, который демонстрирует использование КПТ подхода в лечении психических расстройств. Я уверена, что вы также убеждены в эффективности когнитивно-поведенческой терапии. Поэтому желаю вам профессионального самосовершенствования как в проведении научных исследований, так и в практической работе.

Спасибо огромное за внимание и за ваш интерес к когнитивно-поведенческой терапии.

*Перевод с английского  
Шульга О. К.,  
кандидат психологических наук, доцент,  
заведующий кафедрой клинической и консультативной  
психологии Института психологии БГПУ (Минск)*