

# СОДЕРЖАНИЕ

<b>Об авторе</b>	<b>15</b>
<b>Предисловие</b>	<b>17</b>
<b>Благодарности</b>	<b>23</b>
<b>ГЛАВА 1. Теория и характер метакогнитивной терапии</b>	<b>25</b>
Природа метакогниции	30
Знания и убеждения	30
Переживания	32
Стратегии	33
Два способа переживания: режимы	34
Метакогнитивная модель психического расстройства	36
КАС	39
Последствия КАС	42
Позитивные и негативные метакогнитивные убеждения	45
Выводы о метакогнитивной модели	47
Видоизмененная модель А-В-С	47
О сравнении терапии, направленной на работу с процессом, и терапии, работающей с содержанием	52
Заключение	53
<b>ГЛАВА 2. Оценивание</b>	<b>55</b>
Практическое применение модели А-М-С	56
Оценка поведения при тревоге	58
Измерительные опросники	60
Опросники для выявления метакогниций (MQ-65 и MQ-30)	60
Опросник контроля над мыслями	62
Система учета тревожных мыслей	64
Опросник метабеспокойства	66
Инструмент слияния мыслей	67
Шкалы оценки	67
КАС-1	68
Использование шкал оценки расстройств для анализа хода лечения	69

Содержание	7
План оценивания: семь этапов	70
Заключение	72
<b>ГЛАВА 3. Базовые навыки метакогнитивного терапевта</b>	<b>73</b>
Идентификация уровней и переключение между ними	74
Обнаружение КАС	78
Использование сократического диалога с фокусом на метакогнициях	80
Использование сократического диалога в целях раскрытия метакогнитивных убеждений	84
Использование сократического диалога в целях исследования процессов поддержания в социализации	86
Метакогнитивно-ориентированная вербальная реатрибуция	89
Метакогнитивная экспозиция	92
Изменение убеждений в целом	92
Опровержение метакогнитивных убеждений	94
Содействие адаптивной переработке травмы	94
Использование протокола Р-Е-Т-S	95
Заключение	99
<b>ГЛАВА 4. Техники тренировки внимания</b>	<b>101</b>
Обзор техники АТТ	102
Обоснование использования техники АТТ	105
Проверка на веру	107
Рейтинг внимания, направленного на себя	107
Базовые инструкции по технике АТТ	108
Обратная связь с пациентом	111
Домашнее задание	112
Решение возникающих проблем	112
Неспособность практиковаться	113
Мотивация сохранять КАС	113
Неправильное использование техники как избегание или как способ управлять симптомами	113
Итоги первой АТТ-сессии	114
Последующие АТТ-сессии	115
Описание случая	115
Ситуационное переключение фокуса внимания	118
Заключение	120

<b>ГЛАВА 5. Техники безоценочной осознанности</b>	<b>123</b>
Цели безоценочной осознанности	126
Составляющие безоценочной осознанности	127
Модель безоценочной осознанности с переработкой информации	128
Безоценочная осознанность и другие формы осознанности	132
Десять техник	135
Метакогнитивное руководство	135
Упражнение на свободные ассоциации	137
Упражнение “Тигр”	138
Эксперимент с подавлением и контрподавлением	139
Метафора облаков	140
Метафора непокорного ребенка	141
Метафора пассажира в поезде	141
Вербальная петля	142
Отстранение: наблюдающее “я”	142
Техника мечтания	143
Укрепление безоценочной осознанности через сократический диалог	143
Домашнее задание	144
Применение безоценочной осознанности в МКТ	144
Заключение	146
<b>ГЛАВА 6. Генерализованное тревожное расстройство</b>	<b>147</b>
Распространенность беспокойства	150
Можно ли контролировать беспокойство	151
Метакогнитивная модель ГТР	151
Модель в действии	156
Структура лечения	157
Описание случая	158
Меры	158
Проблема для обсуждения на первой сессии	158
Описание случая	159
Примечание о выявлении метакогниций	163
Социализация	164
Этап 1: рассказ о концептуализации	164
Этап 2: гипотетические вопросы	165
Этап 3: диссонанс (стратегия двух мнений)	166
Этап 4: последствия поведения	166
Этап 5: эксперимент по подавлению	167
От социализации к метакогнитивной модификации	167

Изучение веры в бесконтрольность	168
Безоценочная осознанность и отсрочка беспокойства	169
Безоценочная осознанность	170
Эксперимент по отсрочке беспокойства	172
Оспаривание веры в бесконтрольность	173
Вербальные методы	173
Эксперименты по потере контроля	173
Изучение опасных метакогниций	175
Усиление диссонанса	175
Оспаривание доказательств	175
Создание контрпримеров	176
Изучение механизма и поиск контрпримеров	177
Поведенческие эксперименты	181
Мини-исследования	182
Эксперимент сумасшествия	182
Физический вред беспокойства	183
Оценка влияния беспокойства на организм	183
Изучение позитивных метакогнитивных убеждений	184
Вербальная реатрибуция	185
Стратегия несоответствия беспокойства	187
Эксперименты по модуляции беспокойства	189
Новый план мышления	190
Профилактика рецидива	191
План лечения ГТР	192
<b>ГЛАВА 7. Посттравматический синдром</b>	<b>193</b>
КАС и ПТСР	195
Персеверация мышления: руминация, беспокойство и “заполнение пробелов”	195
Мониторинг угроз	196
Поведение	197
Метакогнитивные убеждения	197
Метакогнитивная модель ПТСР	199
Модель в действии	202
Структура лечения	204
Описание случая	205
Меры	205
Подготовка к первой сессии	205
Создание концепции случая	206

Социализация	209
Схема лечения	210
“Метафора исцеления” и цели метакогнитивной терапии	211
Безоценочная осознанность. Отсрочка тревоги и руминации	212
Анализ преимуществ и недостатков	212
Безоценочная осознанность	215
Отсрочка руминации и тревоги	216
Применение безоценочной осознанности, отсрочки тревоги и руминации	217
Обучение генерализации	220
Устранение неадекватных стратегий преодоления	220
Модификация внимания	222
Этап 1: объяснение и обоснование	223
Этап 2: ослабление позитивных метакогнитивных убеждений относительно мониторинга	225
Этап 3: осознание и отказ	226
Этап 4: перефокусировка внимания и сигналы безопасности	226
Остаточное избегание	227
Новые методы обработки информации	228
Профилактика рецидивов	229
План лечения посттравматического синдрома	230
<b>ГЛАВА 8. Обсессивно-компульсивное расстройство</b>	<b>231</b>
Обзор метакогнитивной терапии: уровень объекта и метауровень	232
Два типа метакогнитивных изменений	235
КАС и ОКР	235
Когнитивная персеверация: руминация, беспокойство и скрытые ритуалы	236
Мониторинг угроз	237
Поведение	237
Метакогнитивные убеждения	238
Убеждения о навязчивых мыслях	238
Убеждения о ритуалах (беспокойство/руминация)	240
Стоп-сигналы	240
Метакогнитивная модель ОКР	241
Модель в действии	245
Структура лечения	246
Описание случая	247
Меры	247

Повестка дня первой сессии	247
Описание случая	248
Социализация	252
Схема лечения	255
Взаимодействие: нормализация и дестигматизация	255
Безоценочная осознанность	256
Осознание	256
Безоценочная осознанность	256
Экспозиция и реагирование	258
Экспозиция и предотвращение реакций/ритуалов	259
Увеличение эффективности при помощи ERP и ERC	261
Изучая метакогнитивные убеждения в отношении мыслей	262
Вербальные методы: изолирование и вербализация убеждения	263
Вербальные методы: TEF, TAF и TOF	263
Поведенческие эксперименты	266
Слияние мыслей и событий	266
Адаптивная проверка (ERC)	267
Слияние мыслей и действий	267
Слияние мысли и объекта	269
Страхи загрязнения	271
Магический спрей	273
Модификация убеждений относительно ритуалов	274
Обоснование	274
Анализ преимуществ и недостатков	276
Рефрейминг преимуществ	276
Поведенческие эксперименты и убеждения в отношении ритуалов	277
Новые алгоритмы обработки информации: стоп-сигналы и критерии знания	278
Профилактика рецидивов	281
План лечения ОКР	281
<b>ГЛАВА 9. Большое депрессивное расстройство</b>	<b>283</b>
Руминация и депрессивное мышление	285
КАС при депрессии	287
Метакогнитивная модель депрессии	288
Модель в действии	292
Структура лечения	293
Описание случая	294

Меры	294
Повестка дня первой сессии	295
Описание случая	295
Социализация	299
Укрепление мотивации	301
Роль поведения	302
Тренировка внимания	303
Безоценочная осознанность и отсрочка руминации	304
Реализация техник безоценочной осознанности	305
Модификация негативных метакогнитивных убеждений	306
Этап 1: вербальный метод	306
Этап 2: эксперимент по модуляции руминации	307
Модификация позитивных метакогнитивных убеждений	311
Этап 1: анализ преимуществ и недостатков	311
Этап 2: доказательства	312
Этап 3: эксперименты с руминацией	312
Модификация мониторинга опасностей	313
Неадаптивный копинг с колебаниями настроения	313
Новые алгоритмы обработки информации	314
Предупреждение рецидивов	316
Страх рецидива	317
Заметка о самоубийстве и самоповреждении	317
План лечения депрессии	318

<b>ГЛАВА 10. Доказательства в пользу метакогнитивной теории и терапии</b>	<b>319</b>
Существование и последствия КАС	320
Беспокойство и руминация	320
Мониторинг угрозы	322
Метакогнитивные копинг-стратегии	325
Метакогнитивные убеждения	326
Промежуточные выводы	332
Повседневная роль КАС и метакогниций	333
Влияют ли метакогниции на расстройства сильнее, чем когниции	335
Тестирование моделей: анализ путей и моделирование структурных уравнений	338
Итоги доказательств теории	341

Лечение	342
Эффективность тренировки внимания	342
Эффективность метакогнитивных стратегий воздействия	345
Эффективность метакогнитивной терапии	346
Заключение	352
<b>ГЛАВА 11. Заключительные мысли</b>	<b>353</b>
Особенности трансдиагностического лечения	357
Универсальная формулировка	358
Нейробиология и метакогнитивная терапия	363
Метакогнитивная терапия в широком аспекте	365
Осознанность	365
Жесткая и мягкая метакогнитивная терапия	365
Заключительные ремарки	368
<b>ПРИЛОЖЕНИЯ</b>	<b>369</b>
<b>Приложение 1. Опросник для выявления метакогниций (MCQ-30)</b>	<b>371</b>
<b>Приложение 2. Опросник метабеспокойства (MWQ)</b>	<b>375</b>
<b>Приложение 3. Инструмент слияния мыслей (TFI)</b>	<b>377</b>
<b>Приложение 4. Контрольный список техник тренировки внимания</b>	<b>380</b>
<b>Приложение 5. Шкала внимания, направленного на себя</b>	<b>382</b>
<b>Приложение 6. КАС-1</b>	<b>383</b>
<b>Приложение 7. Шкала оценки генерализованного тревожного расстройства — исправленная (GADS-R)</b>	<b>385</b>
<b>Приложение 8. Шкала оценки посттравматического стрессового расстройства (PTSD-S)</b>	<b>387</b>
<b>Приложение 9. Шкала оценки обсессивно-компульсивного расстройства (OCD-S)</b>	<b>389</b>
<b>Приложение 10. Шкала оценки большого депрессивного расстройства (MDD-S)</b>	<b>391</b>
<b>Приложение 11. Интервью с описанием случая ГТР</b>	<b>393</b>
<b>Приложение 12. Интервью с описанием случаев ПТСР</b>	<b>395</b>
<b>Приложение 13. Интервью с описанием случая ОКР</b>	<b>397</b>



<b>Приложение 14. Интервью с описанием случая депрессии</b>	<b>399</b>
<b>Приложение 15. План лечения ГТР</b>	<b>401</b>
<b>Приложение 16. План лечения ПТСР</b>	<b>404</b>
<b>Приложение 17. План лечения ОКР</b>	<b>407</b>
<b>Приложение 18. План лечения депрессии</b>	<b>410</b>
<b>Приложение 19. Контрольный список и резюме нового плана</b>	<b>413</b>
<b>Список литературы</b>	<b>415</b>



# Техники тренировки внимания

В этой главе представлены техники метакогнитивной терапии, напрямую корректирующие контроль внимания. В предыдущих главах мы видели, что пациентов определяли как “увязших” в бесполезных паттернах мышления, которые им сложно взять под контроль. В рамках метакогнитивной модели считается, что при психическом расстройстве контроль над вниманием утрачивает гибкость, поскольку внимание оказывается связанным с упорно повторяющейся переработкой информации, основанной на беспокойстве и с фокусом на самом себе, а также с мониторингом угрозы. Переключение внимания с подобных действий на что-то другое должно стать средством пресечения КАС и укрепления метакогнитивных планов контроля над когницией (развития гибкого контроля над управлением ею).

В главе 1 было представлено руководство по лечению в соответствии с особой стратегией под названием *техника тренировки внимания* (АТТ). Ниже в этой главе более подробно рассматривается данная тема и кратко описывается другая стратегия под названием *ситуационное переключение фокуса внимания* (SAR). Цели этих двух техник в рамках метакогнитивного подхода к лечению различны. Важно отметить, что ни одна стратегия не является средством отвлечения от внутренних событий, средством управления эмоциями или средством их избегания. Использование отвлечения в психотерапии обычно влечет за собой смещение внимания на нейтральные или позитивные стимулы, что служит средством ослабления внимания, направленного на

болезненные, эмоциональные или угрожающие стимулы и, соответственно, средством снижения интенсивности реакций на них. АТТ и SAR не предполагают переключения внимания на нейтральные или позитивные стимулы с целью контроля над субъективными переживаниями или их избегания. Вместо этого при использовании указанных техник внимание переключается по схеме, специально разработанной для укрепления метакогниций, отвечающих за регуляцию внимания, устранение бесполезных стилей мышления, мешающих нормальной обработке эмоций, или за коррекцию убеждений.

## ОБЗОР ТЕХНИКИ АТТ

Цель разработки техники АТТ состояла в создании процедуры, которая могла бы воздействовать на несколько измерений КАС и управляющих им метакогниций. В первом опубликованном исследовании предмета содержалась информация о его эффектах, возникающих при лечении панического расстройства [Wells, 1990]. Первоначальная цель этой работы состояла в том, чтобы использовать технику, которая могла бы сместить фокус слишком пристального негибкого внимания, направленного в первую очередь на собственное “я” пациента. Такого рода внимание, направленное на себя, является ключевым компонентом беспокойства или руминаций, а также мониторинга угроз (например, в виде доходящего до паники внимания к телесным ощущениям) — центральных компонентов КАС.

При разработке АТТ возник важный вопрос, касающийся аспекта внимания, который необходимо использовать как основной элемент в прерывании действия КАС и повышении метакогнитивной гибкости. Внимание многогранно; его можно разделить на аспекты избирательности, переключения, параллельной обработки информации и требования к объему. Техника АТТ была разработана с учетом этих параметров и возможностей сопряжения метода с целями пациента.

На стадии разработки этой техники были теоретически обоснованы и конкретизированы некоторые ее характеристики. Важно было, чтобы техника АТТ серьезно задействовала внимание, и чтобы с практикой на нее нужно было выделять не меньше психических

ресурсов, чем в начале; в противном случае она бы не укрепляла систематически процессы контроля. При использовании этой техники психика пациента должна производить внешнюю обработку материала, не связанного с его личностью; это нужно для того, чтобы прервать процесс постоянной обработки информации о самом себе. Пациенту не следует использовать эту технику как стратегию отвлечения внимания, избегания или управления симптомами, поскольку это может способствовать поддержанию дисфункционального контроля с фокусом на своем “я” и ошибочных убеждений, касающихся внутренних событий.

Изначально при попытках разработать подобную эффективную технику исследовалось использование стратегий, связанных с визуальным вниманием, но результаты их применения были неудовлетворительными. Последняя такая попытка заключалась в разработке процедуры тренировки внимания, основанного на слуховом восприятии, которая требовала распределения внимания в пространстве. Эта процедура легла в основу техники АТТ.

Техника АТТ включает три компонента:

- 1) выборочное внимание;
- 2) быстрое переключение внимания;
- 3) разделение внимания.

Каждый компонент активизируется в ходе определенного упражнения, выполняющегося естественным образом. Упражнение длится около 12 мин. и практикуется приблизительно следующим образом: 5 мин. тренируется выборочное внимание, 5 мин. — переключение внимания и 2 мин. — разделение внимания.

Инструкции по тренировке *выборочного внимания* содержат руководство по направлению внимания пациента на отдельные звуки в средоточии перекрывающихся друг друга звуков в пространстве; в инструкции сказано, что нужно уделять особое внимание отдельным конкретным звукам и сопротивляться отвлекающему воздействию других звуков.

*Быстрое переключение внимания* описано в инструкции как навык сдвигать внимание с одних звуков (и точек в пространстве) на другие с возрастающей скоростью, и на этой фазе происходит усложнение

задания. Вначале на каждый звук отводится примерно 10 с, а впоследствии скорость переключения возрастает, и на один звук приходится лишь 5 с.

Техника АТТ заканчивается более кратким (длительностью в 1-2 с) упражнением на *разделение внимания*, где пациента просят расширить охват и глубину его внимания и попытаться одновременно обрабатывать многочисленные звуки и точки пространства.

Эта процедура составлена таким образом, что на внимание постоянно накладывается нагрузка. С этой целью на тренировочной сессии нужно использовать многочисленные параллельные звуки. Скорость переключения на стадии переключения внимания должна варьироваться. Процедура завершается разделением внимания таким образом, что выполнение техники продолжает требовать от пациента ресурсов.

В этом упражнении идентифицируются или вводятся, в зависимости от требуемого уровня, от шести до девяти звуков, соотносящихся с определенными точками в пространстве. Некоторые из этих звуков — не все — это “потенциальные звуки”, которые можно выделить в пространстве только как точки. Этих звуков может и не быть во время отработки определенного упражнения. Например, пациента просят “сосредоточиться на любых отдаленных звуках, которые можно выявить в направлении правой руки”. Так внимание привязывается к месту расположения в пространстве вне зависимости от того, слышны ли в этом пространстве звуки, которые можно выявить. Таким образом, в этой технике используется внутренняя метакогнитивная карта распределения внимания в пространстве, контроля и интенсивности внимания.

Как правило, в различных точках пространства в комнате, где проходит консультация, используются минимум три существующих перекрывающих друг друга звука и еще два звука (или точки пространства) вдали (эти два “звука” могут быть “пространственными звуками” — например, один слева и один справа — для фокусировки внимания на отдаленных точках). Ближним расстоянием, как правило, считается пространство за пределами комнаты, где проходит консультация, но в здании, а дальним расстоянием — пространство за пределами здания.

В связи с этим набором параметров обычно возникает очень много вариаций определенного характера этой техники при ее применении между сессиями, что компенсирует влияние практики на сложность заданий и обеспечивает достаточно большую гибкость, и, таким образом, технику АТТ можно применять в большинстве сред. При применении АТТ также используются записанные версии звуков.

Пациентов обычно просят сфокусироваться на визуальной точке фиксации и удерживать на ней фокус внимания на протяжении всего упражнения. Техника АТТ практикуется, когда участники не охвачены состоянием тревоги или острого беспокойства. Это подчеркивает, что техника не задумывалась как стратегия управления эмоциями. Тем не менее, когда эта техника применяется при лечении депрессии, ее неизбежно приходится использовать при хронически плохом настроении, но даже в этом случае ее не предполагается применять для немедленного облегчения печали, и она не используется с этой целью.

## ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ТЕХНИКИ АТТ

Важным компонентом техники АТТ является надежное и приемлемое обоснование, благодаря которому повышается уровень соблюдения правил процедуры и выполнения домашних заданий. Кроме того, цель создает для техники правильные рамки, что противодействует влиянию некоторых негативных процессов. Если говорить конкретнее, обоснование подчеркивает, что техника задумывалась не чтобы освободить “пустое сознание” от интрузивных внутренних переживаний. Схожим образом обоснование противодействует использованию стратегии активного подавления мыслей.

Компоненты цели подчеркивают, что с внутренними событиями, врывающимися в сознание, нужно работать как с дополнительным шумом, и что им не нужно сопротивляться. Это способствует переходу в метакогнитивный режим и в состояние безоценочной осознанности.

До начала практики нужно выявить и проработать нереалистичные ожидания и предположения об этой технике. Часто люди ошибочно считают, что в ходе этой процедуры нежелательные мысли и чувства

должны “прятаться”. Терапевт должен подчеркивать, что на нежелательные интрузивные переживания нужно смотреть как на дополнительный шум. Терапевт должен указывать на то, что желательно отдавать себе отчет в этих интрузиях и продолжать направлять внимание в соответствии с рекомендациями, даже если у пациента присутствует это осознание интрузий.

При расстройствах применяются немного другие обоснования, разработанные специально для того, чтобы покрывать специфический характер КАС в каждом случае [Wells, 2000], но все они основаны на типовом обосновании, которое можно выразить следующим образом.

Тревога и депрессия — это неприятные эмоциональные переживания, сигнализирующие о некоей угрозе или потере. Они становятся постоянными и проблематичными, когда люди реагируют на них сменой своего паттерна внимания или мышления. Большинство людей не видят, когда их внимание начинает замыкаться на постоянных мыслях о них самих, их мыслях и их чувствах. Этот процесс усиливает их негативные чувства и негативные убеждения о себе. К сожалению, люди, как правило, не отдают себе отчета в этом процессе, и его может быть трудно пресечь. Негативное воздействие размышлений человека о своих симптомах или его мыслей о себе можно наблюдать, проанализировав, что происходит, когда что-нибудь прерывает этот процесс. Если вам нужно решать проблему, внезапно возникшую у кого-то другого, что происходит с вашей тревогой или печалью? В таком случае вы бы заметили, что на какое-то время вам стало лучше, но что ваша проблема возвращается, когда ваше внимание вновь обращается к негативному паттерну фокуса на вашей собственной личности.

Важно в большей степени осознать, на что направлен фокус вашего внимания, и усиливать свой контроль над этим фокусом. Тогда вы больше не будете попадать в ловушку негативных паттернов длительных размышлений о себе и о своем теле. Вы научитесь технике под названием “тренировка внимания”, которая облегчит вам путь к освобождению от старых и бесполезных паттернов.

Цель этой техники не в том, чтобы отвлечь вас от расстраивающих мыслей или чувств. На самом деле эти мысли и чувства будут приходить во время практики. Вам не нужно пытаться их остановить. Цель в том, чтобы продолжать упражнение и при этом позволять внутренним переживаниям идти своим чередом. Вы можете просто думать об этих переживаниях как о проходящих и уходящих внутренних шумах.

## ПРОВЕРКА НА ВЕРУ

После рассказа об обосновании терапевт проводит проверку, определяя, насколько сильно пациент ожидает, что эта техника ему поможет. Нужно использовать следующий вопрос.

- Как вы думаете, насколько сильно вам поможет практика этой техники? Можете указать цифру по шкале от 0 (совсем не поможет) до 100 (очень сильно поможет).

Низкие уровни веры (т.е. меньше 40) нужно изучить и укрепить для них обоснование применения техники АТТ. Терапевт укрепляет доверие к технике, обращаясь к переживаниям, возникавшим у пациента ранее, при которых он больше фокусировался на себе, а также обращая внимание пациента на то, как это состояние влияло на мысли и убеждения. Можно создать контраст с позитивным эффектом вовлеченности в деятельность с фокусом на внешнем мире, чтобы проиллюстрировать роль внимания и важность усиления контроля над ним.

## РЕЙТИНГ ВНИМАНИЯ, НАПРАВЛЕННОГО НА СЕБЯ

Рейтинг внимания, направленного на себя — это важный показатель эффективности описанной процедуры в противодействии КАС (вспомним, что внимание, направленное на себя, — это характерная черта и маркер КАС). Для измерения уровня и порядка изменений в параметре внимания, направленного на себя, используется шкала-рейтинг из семи пунктов. Шкала приведена ниже, также она доступна для копирования в приложении 5.



- Насколько сильно фокус вашего внимания направлен сейчас на вас самих или на вашу внешнюю среду? Пожалуйста, оцените этот уровень.

-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
Полностью сфокусирован на внешнем мире		В равной степени сфокусирован на внешнем мире и на себе			Полностью сфокусирован на себе	

Терапевт составляет рейтинг внимания, направленного на себя, перед первой практикой техники АТТ в ходе сессии, а также сразу по окончании практики. Как правило, после первой сессии практики достигается снижение уровня направленного на себя внимания по меньшей мере на 2 пункта. Если этого не происходит, терапевт исследует возможные причины отсутствия позитивных изменений и сосредоточивается на работе с ними.

Причины небольших изменений могут включать недостаток усилий в связи с низкой верой в обоснование техники или же использование в ходе практики контрпродуктивных стратегий, таких, как подавление мыслей, мечтания или отвлечение внимания на беспокойство. В этих случаях следует укрепить обоснование и сделать акцент не на параллельном выполнении заданий, а на приоритете задания, связанного с вниманием. После этого технику следует применить снова.

## БАЗОВЫЕ ИНСТРУКЦИИ ПО ТЕХНИКЕ АТТ

Ниже приведены некоторые инструкции по применению техники АТТ. В этих инструкциях различные звуки обозначены как *S1*, *S2*, *S3* и т.д. По крайней мере три звука представляют собой дискретные равномерные звуки, а некоторые другие часто оказываются точками в пространстве, где нет заранее определенного равномерного звука. Приведенные ниже инструкции — обновленная версия руководства, опубликованного ранее в издании [Wells, 2000, pp. 145-146].

Я бы хотел попросить вас направить взгляд на точку, которую я поместил на стене. На протяжении упражнения попытайтесь сделать так, чтобы ваши глаза были все время сфокусированы на

точке. Я буду просить вас направлять фокус внимания на разные звуки в этой комнате и за ее пределами. Если в ваше сознание приходят мысли и чувства — ничего страшного. Цель состоит в практике фокусировки внимания на одном предмете, что бы вы при этом ни осознавали.

Для начала сфокусируйтесь на звуке моего голоса (*S1*). Внимательно следите за этим звуком. Никакие другие звуки не имеют значения. Попробуйте уделить все ваше внимание звуку моего голоса. Игнорируйте все остальные звуки вокруг вас. Вы можете слышать их, но попробуйте уделять все ваше внимание звуку моего голоса. Фокусируйтесь только на звуке моего голоса. Никакие другие звуки не имеют значения. Сфокусируйтесь только на этом звуке.

Теперь обратите ваше внимание на звук, который я произвожу, стуча по столу (*S2*). Внимательно следите за этим звуком, а никакие другие звуки не имеют значения (*пауза*). Попробуйте уделить все ваше внимание звуку постукивания (*пауза*). Внимательно следите за звуком постукивания (*пауза*). Если ваше внимание начинает напрягаться или его захватывает другой звук, верните фокус на звук постукивания (*пауза*). Никакие другие звуки не имеют значения. Уделите одному этому звуку все ваше внимание (*пауза*). Продолжайте следить за этим звуком и, если отвлекетесь, снова направьте внимание на него (*пауза*).

Теперь сфокусируйтесь на звуке (*S3*; например, на тиканье заводного таймера) (*пауза*). Внимательно следите за этим звуком, а никакие другие звуки не имеют значения (*пауза*). Попробуйте уделить все ваше внимание звуку таймера (*пауза*). Внимательно следите за звуком, который производит таймер (*пауза*). Если ваше внимание захватывает другой звук, верните фокус на таймер (*пауза*). Никакие другие звуки не имеют значения. Уделите одному этому звуку все ваше внимание (*пауза*). Продолжайте следить за этим звуком и, если отвлекетесь, снова направьте внимание на него (*пауза*).

Теперь направьте фокус вашего внимания на звуки, которые вы можете слышать за пределами этой комнаты, но поблизости. Сфокусируйтесь на пространстве позади вас (*S4*). Обратите пристальное внимание на это пространство и попробуйте уловить звуки, которые могут там возникнуть (если оттуда доносятся конкретные

звуки, терапевт обращает на них внимание). Даже если оттуда не доносится звуков, удерживайте внимание на этом пространстве. Попробуйте уделить ему все ваше внимание (*пауза*). Внимательно следите за тем, нет ли там звуков (*пауза*). Если ваше внимание начинает напрягаться или его захватывает другой звук, верните фокус на это место позади. Никакие другие звуки не имеют значения. Уделите все ваше внимание этому месту и тому, что вы можете в нем услышать. Продолжайте отслеживать и, если отвлекетесь, снова направьте внимание на это место (*пауза*).

Приведенные выше инструкции повторяются для дополнительных звуков (S5–S7) и/или частей пространства (например, слева, справа или на дальнем расстоянии).

Теперь, когда вы обозначили для себя и попрактиковали направление фокуса внимания на отдельные звуки и места, я буду просить вас быстро перемещать ваше внимание между ними по мере того, как я буду их называть (*пауза*). Сначала сфокусируйтесь на звуке постукивания (S2), никакие другие звуки не имеют значения (*пауза*). Переключите ваше внимание и сфокусируйтесь на чем-то, что вы можете услышать позади вас вблизи (S4) (*пауза*). Внимательно следите за (S4), никакие другие звуки не имеют значения. На этот раз опять обратите ваше внимание на звук таймера (S3) (*пауза*). Теперь переключитесь и сфокусируйтесь на звуке постукивания (S2) (*пауза*). Теперь сфокусируйтесь на (S6) (*пауза*), теперь на (S5) (*пауза*), (S4) ... (S2) ... (S3) ... и т.д.

Наконец я хотел бы попросить вас распределить ваше внимание повсюду. Расширьте и углубите его, как только возможно. Попробуйте впитать в себя все звуки и все точки в пространстве, которые вы обнаружили одновременно. Попробуйте сосредоточиться и одновременно осознать все звуки, которые можно услышать как внутри этой комнаты, так и за ее пределами (*пауза*). Подсчитайте для себя количество звуков, которые вы можете услышать одновременно (*пауза*). Попробуйте услышать все одновременно. Подсчитайте количество звуков, которые вы можете услышать таким образом.

Это конец упражнения. Сколько звуков вы смогли услышать одновременно?

## ОБРАТНАЯ СВЯЗЬ С ПАЦИЕНТОМ

После выполнения описанной процедуры терапевт просит пациента заново оценить интенсивность его сфокусированности на себе через биполярную шкалу оценки. Для первых сессий типично снижение показателя на 2 пункта. Неудача в попытке достичь этого уровня изменений свидетельствует о возможных трудностях, которые необходимо исследовать. В этих случаях нужно, внося необходимые коррективы, повторно применить технику АТТ.

Неудача в попытке снизить уровень сфокусированности на себе может быть вызвана неправильным пониманием обоснования АТТ. В частности, пациенты могут пытаться контролировать или подавлять мысли или же разделять свое внимание: либо продолжая предаваться беспокойству и руминациям, либо направляя внимание на внешний мир. Некоторые пациенты с неохотой отказываются от своих стратегий ментального контроля, и тогда может потребоваться полностью задействовать технику АТТ. В этих обстоятельствах нужно исследовать страхи, касающиеся такой смены стратегии, и поработать в направлении их преодоления.

Также терапевт спрашивает об общих переживаниях, которые могут возникать в результате АТТ. Эта техника может привести к таким изменениям в восприятии, как временное повышение чувствительности к внешним стимулам или необычные для пациента метакогнитивные переживания, такие как временный покой сознания, из которых нужно выйти, вернувшись в нормальное состояние.

Наконец, терапевту следует спросить о том, насколько пациенту легко применять эту технику. Терапевту следует обозначить, что эта техника изначально требует много усилий и практики. Самое важное, чтобы терапевт знал, какие утверждения указывают на негативные предположения пациента в отношении техники АТТ. Например, некоторые пациенты полагают, что не сумели практиковать ее эффективно, поскольку во время процедуры у них возникали интрузивные мысли или чувства. В этом случае терапевт, как правило, вновь подчеркивает, что цель техники — не в том, чтобы больше не отдавать себе отчета во внутренних событиях, а в том, чтобы практиковать определенный способ контроля над вниманием. Одна из возможных

стратегий терапевта — предположить, что переживать интрузивные мысли и чувства во время практики — полезно, поскольку они обычно приковывают к себе внимание, а цель практики — в том, чтобы обрести гибкий контроль над вниманием даже в присутствии этих “внутренних шумов”.

## ДОМАШНЕЕ ЗАДАНИЕ

Важнейшим компонентом техники АТТ является постоянная отработка техники в качестве домашнего задания. Как правило, пациентов просят практиковать ее дважды в день, но в реальности большинству пациентов удается делать это лишь один раз в день. Следует закладывать на практику приблизительно 12 мин. и придерживаться последовательности действий, которая используется на сессии. Контрольный список АТТ (приложение 4) приводится как напоминание о том, как практиковать технику, и как средство отслеживания выполнения домашнего задания.

Контрольный список АТТ действует как точка фокуса диалога. С его помощью можно выявить или же получить и зафиксировать для себя три потенциальных источника звука, тем самым увеличивая сложность. К примеру, один пациент решил поставить радио в пустой комнате в доме, где он практиковал технику, и переключал каналы, чтобы создать шум. Он решил, что будет включать музыку в колонках, стоящих в соседней комнате, но не мог придумать, какой еще тип звука он мог бы использовать. Обсудив это с терапевтом, он решил купить заводной таймер для готовки как еще одно устройство — источник звука. В оставшейся части процедуры он слушал случайные звуки на улице. Как правило, терапевт работает с пациентом, заполняя контрольный список АТТ на первой АТТ-сессии.

## РЕШЕНИЕ ВОЗНИКАЮЩИХ ПРОБЛЕМ

Иногда при использовании техники АТТ возникают трудности. Ниже приведены некоторые часто встречающиеся проблемы и пути их решения.

## ***Неспособность практиковаться***

Для повышения показателей по практике техники используйте контрольный список АТТ. Систематическая неспособность практиковать ее может быть связана с проблемами в социализации или непониманием причин использования этой техники. Если есть предположения о причине, терапевту следует ввести дальнейшую социализацию.

## ***Мотивация сохранять КАС***

Некоторые пациенты практикуют технику АТТ, но рассматривают ее как что-то мешающее им следовать их излюбленной стратегии руминации или беспокойства. Таким образом, у них сохраняется мотивация удерживать такой компонент КАС, как беспокойство. Существует два способа сохранить мотивацию. В первом случае беспокойство или руминация могут по-прежнему присутствовать параллельно с практикой техники АТТ, и тогда у пациента возникают длительные периоды отсутствия активной ментальной работы со звуками, потому что его ресурсы перенаправляются на тяжелые размышления. Во втором случае человек может рассматривать технику АТТ как рутинную задачу, которую нужно быстро решить, после чего можно вернуться к фокусированию внимания на проблемах или к размышлениям о них.

В этих обстоятельствах необходимо проанализировать потери пациента из-за беспокойства и руминации, помочь ему увидеть, что эти стратегии не решили проблем и вряд ли помогут их решить. После этого терапевту следует ввести стратегии откладывания беспокойства и руминации (главы 6 и 9) вместе с техникой АТТ.

## ***Неправильное использование техники как избегание или как способ управлять симптомами***

Пациент может использовать технику АТТ как прямой способ избегания эмоций или как угрозу, которую он ошибочно считает таковой. Было замечено, что некоторые пациенты неправильно используют технику, превращая ее в форму отвлечения от эмоций, в способ контролировать тревогу или панику или же в способ подавлять навязчивые мысли. Терапевт должен замечать эти моменты и

делать подчеркивать, что эту технику не следует использовать как стратегию копинга. В этих обстоятельствах полезно использовать метафору для выражения идеи о том, что техника АТТ — это средство “общей фитнес-тренировки”, а не форма избегания.

Нежелательно использовать технику АТТ как стратегию копинга, поскольку это превращает ее в форму избегания когнитивных явлений или эмоций, что может помешать переработке эмоций и поддержать в сознании ошибочные негативные убеждения, касающиеся опасности мыслей и чувств, а также их последствий. Более того, то, что катастрофы не происходит (например, если пациент не теряет сознания от тревоги), пациенты могут ошибочно связывать с АТТ, а не с тем фактом, что тревога не вызывает катастрофы. Этот механизм приводит к повышению вероятности того, что неверные убеждения сохранятся. Терапевту полезно объяснять контрпродуктивные последствия использования техники АТТ в качестве стратегии активного копинга.

## ИТОГИ ПЕРВОЙ АТТ-СЕССИИ

Первая АТТ-сессия должна проводиться в соответствии со структурой, приведенной ниже, и в ней должны присутствовать следующие элементы.

1. Опишите характер проблемы пациента, подчеркните роль сложно контролируемого повторения мыслей о себе самом в поддержании проблемы.
2. Представьте обоснование АТТ, используя материал, характерный именно для этой техники.
3. Вовлеките пациента в ситуацию общения, социализируйте его, проиллюстрировав роль фокуса на себе в формировании спокойствия и мониторинга самого себя. Если возможно, используйте эксперимент по социализации, при котором внимание направляется на себя.
4. Проверьте достоверность обоснования. В случае необходимости предпримите шаги по дальнейшей социализации.
5. Оцените текущий уровень сфокусированности пациента на самом себе.

6. Проведите сессию техники АТТ под руководством терапевта.
7. Заново оцените уровень сфокусированности пациента на самом себе и попросите у него обратную связь.
8. Вместе с пациентом пройдитесь по контрольному списку АТТ (приложение 4) и дополните список звуков.
9. Дайте пациенту домашнее задание.
10. Попросите пациента дать отзыв и подвести итоги сессии.

### *Последующие АТТ-сессии*

Последующие сессии должны начинаться с обсуждения работы пациента дома, как и указано в чек-листе АТТ. Любые возникающие проблемы нужно обсуждать и решать. Далее работа переходит к практике техники АТТ под руководством терапевта.

Терапевт исследует трудносовместимые требования к эффектам АТТ, например вовлеченность в проверку своего состояния, а также состояния беспокойства и руминации, и в то же время любые попытки отслеживать и контролировать внутренние переживания. Подчеркивается несовместимость этих процессов с эффектом тренировки внимания. Пациента просят пресечь эти процессы. Например, терапевт озвучивает идею о том, что проверка телесных ощущений и беспокойство препятствуют достижению эффективного уровня ментального контроля и ментальной гибкости, поскольку из-за них внимание замыкается в знакомых и старых паттернах реакции, где скорее подчеркивается угроза, чем устанавливается контроль над вниманием.

## ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

При ипохондрии ключевой компонент КАС может наблюдаться в форме беспокойства по поводу симптомов и руминации об их возможном значении и причинах. Мониторинг угроз очевидным образом прослеживается в форме мысленного сканирования тела на предмет признаков и симптомов, физической проверки состояния частей тела (например, прощупывания живота), проверки физических процессов в теле и состояния работы сознания (например, проверки памяти на имена), а также поиска информации о симптомах. Кроме того, можно легко выявить такой бесполезный копинг,



как чрезмерный отдых, избегание физических упражнений, прием ненужных препаратов, меняющих функционирование тела, попытки контролировать автоматические физиологические функции (например, дыхание) или избегание медицинской информации.

Мужчину 43 лет с ипохондрией и паническими атаками лечили при помощи техники АТТ. Пациент описывал множество необъяснимых симптомов, включая боль в животе, груди, аритмию, тошноту и чувство нереальности (диссоциацию). Основными симптомами, беспокоившими его на тот момент, были чувство нереальности и боль в груди. Результаты его медицинских обследований были подробными, и при этом ничего не было выявлено, однако пациента волновало (т.е. беспокоило), что при обследовании могли не выявить серьезной медицинской проблемы.

Терапевт предложил попробовать использовать технику под названием “тренировка внимания”, чтобы понять, можно ли сократить чрезмерное количество мыслей, перерабатывающих информацию и направленных на тело. Терапевт объяснил, что пациент начал тревожиться о своем здоровье и стал озабочен своим телом. Он также указал на то, что эта тревога и озабоченность — пример измененного осознания состояния своего тела, способного добавлять дополнительные пласты симптомов, которые необходимо проработать, прежде чем думать о дальнейших медицинских обследованиях. Роль этих процессов была проиллюстрирована на примере вопроса к пациенту о том, что произошло с его тревогой, когда он сфокусировался на своем теле (“Вы стали более или менее осознавать свои симптомы?”). Терапевт также изучил, что произошло с симптомами пациента, когда тот стал чрезмерно беспокоиться о своем здоровье. В то же время терапевт провел противоположное исследование — исследование того, что происходит с тревогой, когда пациент поглощен рабочей задачей. Последовала полезная беседа о том, как пациент будет мысленно проверять состояние своего тела, когда осознает, что какое-то время он не концентрировался на своих симптомах. Эта информация укрепила роль осознания пациентом процессов в его теле.

Чтобы показать, как изменения в осознании телесных процессов, связанных с вниманием, могут повлиять на последующее восприятие, терапевт провел социализационный эксперимент. Он попросил

пациента сфокусироваться на ощущениях в кончиках пальцев и понять, есть ли там какие-нибудь чувства. Пациент сказал, что чувствует покалывание. После этого терапевт попросил его осознать состояние кончиков пальцев, но отключить это чувство. Пациент обнаружил, что теперь он не мог осознать состояния кончиков своих пальцев, и при этом перестал ощущать покалывание в них. Таким образом, терапевт помог пациенту понять, как переключение внимания на тело и концентрация на ощущениях может приковать внимание к телу и ощущениям, меняя последующее осознание им этих ощущений.

Техника социализации использовалась и дальше, в ней терапевт проиллюстрировал, какую роль в зацикливании на вещах играет приписывание этим вещам значения, которое видит лично пациент. Пациента спросили, заметил ли он что-то странное после того, как купил новую машину, а именно тот факт, что сейчас, похоже, намного больше людей водит машину одной и той же модели. Это наблюдение использовалось в качестве иллюстрации того, как приписывание личностного значения таким событиям, как машины (или в случае пациента — симптомам), обладало достаточной властью, чтобы заставить кого-то видеть в них большее, даже если в реальности изменилось очень немногое. Обоснование техники АТТ было представлено с акцентом на том, чтобы научиться возвращать себе контроль над вниманием, а также снижать уровень тревоги и значимости, придаваемой симптомам, чтобы осознание состояния тела могло вернуться в нормальный режим.

Техника АТТ практиковалась на протяжении восьми терапевтических сессий. На третьей сессии терапевт также ввел понятие откладывания беспокойства и проинструктировал пациента, чтобы тот запрещал себе все время проверять состояние тела. Терапевт попросил его перестать щупать свой пульс и мысленно пробежаться по всему телу, что пациент был склонен делать по нескольку раз каждый день.

На последних сессиях терапевт работал с преодолением позитивных метакогнитивных убеждений по поводу того, как важно фокусироваться на телесных симптомах и беспокоиться о них. В этом случае техника АТТ стала важнейшим компонентом метакогнитивного лечения ипохондрии.

## СИТУАЦИОННОЕ ПЕРЕКЛЮЧЕНИЕ ФОКУСА ВНИМАНИЯ

SAR — это техника модификации внимания, которая применяется в метакогнитивной терапии и отличается от техники АТТ по цели и характеру. Вместо того чтобы переучиться и получить возможность контролировать выполнение теоретических положений, а также прерывать упорно повторяющуюся переработку информации, техника SAR должна открыто развивать переработку информации, несовместимой с дисфункциональными убеждениями пациента (например, в лечении социальной фобии). На более поздних стадиях МКТ в лечении ПТСР она используется для противодействия мониторингу внешних угроз.

Эту технику нужно применять в стрессовых или проблематичных ситуациях как способ сформировать внутреннюю переработку таким образом, чтобы она приносила пользу в развитии адаптивных оценок и убеждений. Это не стратегия копинга, нацеленная на предотвращение эмоции или же на устранение угрозы, данная техника применяется как способ разрушения негативных паттернов внимания, которые поддерживают нереалистичное чувство угроз, а также как способ увеличения потока новой информации, поступающей в сознание, чтобы изменить убеждения.

Эта техника встроена в лечение социальной фобии [Clark & Wells, 1995; Wells & Papageorgiou, 1998a] и в лечение посттравматического стресса [Wells & Sembi, 2004b]. Например, Уэллс и Папгеоргиу [Wells & Papageorgiou, 1998] попросили людей с социальной фобией пройти одну сессию экспозиции перед ситуацией социального взаимодействия, которой они боялись, в течение которой они во внешнем мире направляли бы фокус внимания на такие черты социальной среды, как цвет волос или глаз других людей. Это условие сравнили с одной сессией, где использовалась только техника экспозиции и применялось стандартное обоснование привыкания. Совмещение техник экспозиции и SAR было более эффективным в работе с убеждениями, снижении уровня тревоги, а впоследствии — в изменении у пациентов образа самих себя.

Технику SAR можно открыто использовать для коррекции убеждений или встраивать в эксперименты с поведением как одну из

составляющих. К примеру, люди с социальной фобией часто считают, что все на них смотрят. Хотя они и утверждают, что осознают это внимание, их осознание проистекает не из наблюдения за другими людьми, а из чувства неловкости. (*Примечание:* схема переработки информации у пациента не приводит к узнаванию правды, и поэтому ее нужно изменить.)

При лечении очень полезно просить пациентов поместить себя в ситуации социального взаимодействия, вызывающие у них страх, и активно фокусироваться на других людях, чтобы определить, сколько людей в действительности смотрит на них. Далее пациенту говорят намеренно сделать ошибку (например, что-то уронить) или обнаружить признаки тревоги, параллельно направляя фокус внимания на других, чтобы узнать правду об их реакции даже в негативных условиях. В этих примерах пациенты демонстрируют признаки неудавшегося выполнения задания, которые вместе с техникой SAR становятся примерами опровергающих маневров или “тестов” в рамках экспериментов с поведением, как описано в главе 3, поскольку использование этих методов активно противодействует предсказаниям и убеждениям.

При ПТСР пациенты становятся слишком бдительными в отношении угрозы и фокусируют свое внимание на аспектах среды, которые могут быть опасными, чтобы по возможности минимизировать опасность. К сожалению, это повышает в пациенте чувство опасности, присутствующей сейчас, и собственной уязвимости, таким образом поддерживая в нем тревогу. SAR состоит в том, чтобы просить пациентов замечать моменты мониторинга угроз и запрещать себе следовать этой схеме в ситуациях, напоминающих им о травме. Переработка информации перебалансируется и переключается в более нормальное состояние, когда пациентов просят сосредоточиться на нейтральных сигналах или на *сигналах безопасности* в среде, вместо того, чтобы противостоять предубеждениям или же сдерживать план по адаптации и контролю над вниманием. Например, одна пациентка каждый раз, подходя к перекрестку на улице, проверяла, нет ли машин, превышающих скорость, потому что боялась, что ее опять собьют. Ее попросили вместо этого искать взглядом замедляющие или стоящие на месте машины. Она быстро осознала, что ее

стратегия выслеживания опасности привела ее к игнорированию реальных моментов в этой ситуации. Она узнала, что перекрестки в целом скорее безопасны, чем опасны.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В этой главе я описал цель и характер стратегий прямой модификации внимания, составляющие один из компонентов метакогнитивной терапии. Хотя технику АТТ зачастую рассматривают как компонент лечения в МКТ, данные показывают, что она может быть очень эффективной, даже если применяется без дополнительных инструментов (глава 10).

У техник АТТ и SAR разные цели. АТТ разработана с целью повышения уровня исполнительного контроля и прерывания постоянной переработки мыслей с фокусом на себе, а SAR нацелена на повышение уровня доступа к информации, опровергающей убеждение, и на коррекцию стратегий внимания, которые в определенных ситуациях контрпродуктивны (в сущности, в ней изменяются аспекты КАС, отвечающие за мониторинг угроз).

Модификации внимания — это мощные стратегии, влияющие на метакогниции. Они вполне могут укреплять планы по контролю онлайн-переработки, ее направлению и повышению уровня гибкости в когнитивном контроле, который при психическом расстройстве не настолько гибок. Развитие и исследование стратегий, связанных с вниманием, которые берут начало в теории, связывающей внимание с причинными механизмами и механизмами изменений в психопатологии, открывает множество новых возможностей в психотерапии. Как показывает эта глава, изменение процессов с участием внимания можно осуществить, не только используя простое отвлечение. В МКТ цель этого изменения состоит в модификации центральных процессов контроля, в том, чтобы обратить вспять негативные стили переработки информации, а также в том, чтобы расширить поток более позитивной информации, поступающей в сознание и способной изменить содержание наших знаний. В SAR различные действия с вниманием — это основа экспозиции в метакогнитивном ключе. Цель здесь состоит в контроле когниции, который позволял бы осваивать

стратегии переработки информации, поддерживающие доступ к корректирующей информации.

Метакогнитивный подход подчеркивает роль функций контроля в лечении психического расстройства. Предполагается, что эти функции можно укрепить через развитие технологий с участием внимания, например техники АТТ. Укрепленный гибкий контроль над вниманием позволяет человеку изменить свои убеждения и конструктивно перерабатывать материал, содержащий угрозу (например, критику или интрузивные мысли), а также модулировать переработку эмоций, не провоцируя при этом полномасштабного синдрома КАС.