

СОДЕРЖАНИЕ

Об авторе	15
Предисловие	17
Благодарности	23
ГЛАВА 1. Теория и характер метакогнитивной терапии	25
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
ГЛАВА 2. Оценивание	55
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
ГЛАВА 3. Базовые навыки метакогнитивного терапевта	73
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
ГЛАВА 4. Техники тренировки внимания	101
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

ГЛАВА 5. Техники безоценочной осознанности	123
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
ГЛАВА 6. Генерализованное тревожное расстройство	147
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
ГЛАВА 7. Посттравматический синдром	193
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
ГЛАВА 8. Обсессивно-компульсивное расстройство	231
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
ГЛАВА 9. Большое депрессивное расстройство	283
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

ГЛАВА 10. Доказательства в пользу метакогнитивной теории и терапии	319
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
ГЛАВА 11. Заключительные мысли	353
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
ПРИЛОЖЕНИЯ	369
Приложение 1. Опросник для выявления метакогниций (MCQ-30)	371
Приложение 2. Опросник метабеспокойства (MWQ)	375
Приложение 3. Инструмент слияния мыслей (TFI)	377
Приложение 4. Контрольный список техник тренировки внимания	380
Приложение 5. Шкала внимания, направленного на себя	382
Приложение 6. КАС-1	383
Приложение 7. Шкала оценки генерализованного тревожного расстройства — исправленная (GADS-R)	385
Приложение 8. Шкала оценки посттравматического стрессового расстройства (PTSD-S)	387
Приложение 9. Шкала оценки обсессивно-компульсивного расстройства (OCD-S)	389
Приложение 10. Шкала оценки большого депрессивного расстройства (MDD-S)	391
Приложение 11. Интервью с описанием случая ГТР	393
Приложение 12. Интервью с описанием случаев ПТСР	395
Приложение 13. Интервью с описанием случая ОКР	397

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



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 отвлечетесь, 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, внеся 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