

Министерство транспорта России
Морской государственный университет
имени адмирала Г.И. Невельского

**Когнитивно-бихевиоральный подход
в психотерапии и консультировании**

Хрестоматия

Рекомендовано методическим советом
Морского Государственного Университета
по специальности 020400, 52100 «Психология»

Владивосток
2002

УДК 615.851 (075.8)

Когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии и консультировании: Хрестоматия / Сост. Т.В. Власова. – Владивосток: ГИ МГУ, 2002. – 110 с.

Дополнительный материал к курсам «Консультативная психология», «Семейное консультирование».

Предназначено для студентов 4 и 5 курсов психологического факультета.

Рецензенты:

В.А. Сакутин, канд. филос. наук, профессор каф. философии ПИППКРО

В. В. Калита, канд. психол. наук, зав. каф. ПФиПТ МГУ ГИ им. Г. И. Невельского

ISBN 5-834301185

© Власова Т.В., сост.

© Морской Государственный
Университет им. адм.
Г. И. Невельского 2002

Введение

Представленные в хрестоматии фрагменты работ теоретиков и практиков когнитивно-поведенческой психотерапии и консультирования, являются дополнительным материалом к программе курсов «Консультативная психология» и «Семейное консультирование». Написанные в разные годы, работы дополняют друг друга и позволяют достаточно ясно представить теоретическую, методологическую и технологическую сущность данного вида терапии. Работа над ними расширит представления будущих психологов-практиков о теоретических истоках и важнейших принципах, заложенных в его основу, а также позволит в дальнейшем определиться в выборе ведущего направления своей деятельности.

Базируясь на основных положениях бихевиоральной парадигмы, когнитивно-поведенческий подход имеет собственную специфику в их переработке и развитии. Наиболее показательными в этом отношении являются тексты создателей Рационально-эмотивной терапии А. Эллиса и Когнитивной психотерапии А. Бека. Тексты Дж. Вольпе и Д. Мейхенбаума иллюстрируют их идеи, развитые и переработанные ими в той или иной степени. Завершается хрестоматия фрагментом работы Р. Нельсона-Джоунса, раскрывающего сущность процесса работы с поведением клиентов в рамках своего метода «Консультирование по жизненным умениям».

Текстам предшествует краткое описание теоретических основ рассматриваемого подхода его базисная терминология, исходные посылки и его специфика. Работы некоторых авторов предварены кратким изложением сути их взглядов на собственный метод психотерапии. На последних страницах хрестоматии читатель найдет короткие сведения об авторах работ, а также вопросы, ответы на которые покажут читателям уровень их понимания представленного материала.

Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии и консультировании: теоретические основы, базисная терминология, эволюция развития

«Наука – это стремление иметь дело с фактами,
а не с тем, что кто-то о них говорит»
Беррес Скиннер ¹

Поведенческая и когнитивно-поведенческая психотерапия и консультирование основаны на теории бихевиоризма (от англ. behaviour – поведение), которая связана с именами У. Бэлла, И.П. Павлова, И. М. Сеченова, Дж. Уотсона, Э. Торндайка, Б. Скиннера, Дж. Вольпе, А. Лазаруса и др. Методологическими предпосылками теории бихевиоризма явились принципы философии позитивизма, согласно которым наука должна описывать только то, что доступно непосредственному наблюдению.

Кардинальной позицией представителей бихевиоризма стал поиск упорядоченности, единообразия, законов взаимосвязей событий в природе. Для них этот поиск всегда начинается с наблюдения отдельных эпизодов, затем переходит к общим правилам и от них – к общим законам. Частью функционирования организма человека, доступной непосредственно наблюдению, является его поведение. Именно по поведению, убеждены бихевиористы, можно достоверно судить о характере взаимодействия человека с миром и о его воздействии на мир.

Внутри поведенческой психотерапии необходимо различать:

- «Метафизический бихевиоризм», в рамках которого отрицаются психические феномены, а поведение трактуется как совокупность реакций организма на воздействия внешней среды и описывается жесткой схемой «стимул – реакция» ($S \rightarrow R$), которая принимается за основную единицу поведения.
- «Методический бихевиоризм», провозгласивший основным критерием научности наблюдаемость.

Поскольку вся бихевиоральная психотерапия непосредственно связана с научением, базисная терминология отражает основные концепции научения в том виде, в каком они сложились в бихевиоризме.

Обусловливание – это понятие, охватывающее всю область воздействия на поведение. Существует две теории обуславливания:

- *классическое обусловливание* (павловское), когда научение происходит благодаря подкрепляющему сочетанию стимулов исходит из того, что первоначально нейтральный раздражитель через совпадение во времени с безусловным, вызывающим рефлекс раздражителем, становится условным раздражителем. Понятие «обусловливание», введенное Павловым в ходе

¹ Skinner B. Science and human behavior. – N. Y.: Macmillan, 1953. – p. 12.

изучения «условных процессов» у собак было перенесено основателем американского бихевиоризма Дж. Уотсоном на область научения человека. Проводя различие между приобретенными и неприобретенными реакциями, Уотсон считал, что большинство реакций людей являются приобретенными. Так на основе обуславливания формируются первоначальные системы привычек: а) эмоциональная; б) мануальная; в) вербальная.

- *оперантное обусловливание* (скиннеровское), когда научение происходит путем выбора стимула, сопровождающегося положительным (в противовес отрицательному) подкреплением. Различают также безусловное научение, происходящее вне специально организованного обусловливания. обосновывает возможность изменений поведения за счет контроля его последствий. Акцент ставится на интенсивном влиянии окружающей среды на формирование и длительное сохранение поведения, однако, подчеркивается тот факт, что и поведение воздействует на окружающую среду, порождая последствия. В соответствии с этой теорией личность была определена Б. Скиннером как сумма паттернов поведения, а такие понятия, как «самость», «автономный человек», «свобода», «творчество» объявлены «объяснительными фикциями».

Генерализация (обобщение) – это понятие, восходящее к опытам И. Павлова и «закону ассоциативного сдвига» Э. Торндайка, отражает феноменологию, относящуюся к стимулу и обобщения воздействия. В начале 50-х гг. прошлого века экспериментально было показано, что существует не только моторное эмоциональное, но и визуальное и вербальное, в частности, семантическое обобщение (К. Ноубл, Дж. Лэйси и Р. Смит).

Затухание. Понятие отражает закономерности, связанные с исчезновением реакции, вызванной в результате обусловливания.

Контробусловливание. Понятие отражает действие обусловливания, несовместимые с первоначальным обусловливающим воздействием.

Эффект частичного подкрепления. Понятие отражает феномен поведения, при котором подкрепление, хотя и не постоянное, вызывает желаемое действие.

Вызванная эмоциональная реакция. Понятие фиксирует феномен, при котором предъявление безразличного условного стимула в сочетании с болезненным безусловным стимулом вызывает страх при повторении предъявления безразличного условного стимула.

Реакция избегания. Данное понятие характеризует явление исчезновения эмоции страха, когда субъект научается избегать действия болезненного стимула.

Конфликт в бихевиоральной психотерапии означает противоречия между потребностью и связанной с ней реакцией избегания. Например, реакция избегания, связанная с подавлением сексуальной потребности, вызывает фрустрацию и чувство одиночества.

Избыточное поведение (двигательное, эмоциональное или мыслительное) возникает как разновидность реакции избегания, при которой происхо-

дит генерализация действий, получивших ранее отрицательное подкрепление, или их замещение посредством направленности на другой объект.

Единого определения поведенческой терапии не существует, однако для нее характерны следующие моменты:²

- тесная связь с фундаментальными областями академической психологии (психологии научения, памяти, мотивации, эмоций и социальной психологии и др.);
- ориентация на поведение как на психическую переменную, которая может быть сформирована или подавлена в результате научения;
- преимущественная фиксация на настоящих, а не прошедших детерминантах поведения;
- подчеркивание эмпирической проверки теоретических знаний и практических методов;
- преобладание методов, основанных на тренировке.

В противовес чрезмерной акцентированности поведенческой составляющей и пренебрежению к личности человека, в рамках бихевиорального направления в 80-х гг. прошлого столетия сформировались новые направления в консультировании:

Мультимодальная поведенческая терапия (А. Лазарус, А. Бандура, Т. Нейланс и др.), в которой центральное место отводится воздействию на целостную организацию личности с помощью когнитивно ориентированных техник (моделирования, формирования), а также программ саморегуляции (когнитивного переструктурирования, когнитивной модификации поведения).

Метод снятия посттравматического синдрома (Ф. Шапиро).

Характерным признаком поведенческого направления в консультировании является стремление к выработке четкой программы целей и средств изменения поведения в желаемом направлении. В бихевиоральной парадигме успешность изменения (формирования) выступает самодовлеющим критерием применяемой психотехники.

В последние годы наметилось значительное влияние когнитивной психологии на бихевиоральную парадигму в консультировании и психотерапии. Результатом этого влияния стало появление *когнитивного направления* в психотерапии и консультировании: *рационально-эмотивной терапии* А. Эллиса, *когнитивной психотерапии* А. Бека, *реальностной терапии* У. Глассера, *консультирования по жизненным умениям* Р. Нельсона-Джоунса и др. В этом объединены как основы методического бихевиоризма, так и собственные разработки. Например, значимость для бихевиоризма способности человека минимизировать влияние негативных для его жизни и деятельности факторов была воспринята приверженцами когнитивного направления и дополнена положением о том, что эта способность базируется на его умении рационально мыслить. Это умение провозглашено главным способом кон-

² Хайл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. – СПб.: Восточно-европейский ин-тут Психоанализа, Речь, 2001. – С. 393.

троля над влияниями среды и основанием для позитивных выборов средств достижения целей, поддержания и предсказания поведения. Значение «техник самоконтроля» в данном направлении психотерапии особенно подчеркивается. Чрезвычайно важная роль отводится функциональному анализу поведения в терминах взаимоотношений причин и следствий.

Считается, что на процесс положительных перемен в поведении влияют:

- генетическая обусловленность чувствительности человека к подкреплению – наличие индивидуальных различий в легкости либо затрудненности обусловливания тех или иных конкретных форм поведения;
- система позитивного подкрепления «правильного» поведения;
- качество вербальной среды, в которой человек получает в той или иной форме обратную связь в ответ на свое поведение (одобрение – неодобрение);
- подкрепляющее научение – развитие способности к смене «выученного» ранее поведения в соответствии с условиями актуальной (отличающейся от предыдущего опыта) ситуации, которая заключается, прежде всего, в умении различать стимулы и паттерны;
- индивидуальный контроль над поведением, рассматриваемый как модификация нежелательного поведения, а не его подавление.

Из такого понимания процесса изменений возник и развивается главный механизм когнитивно-бихевиоральной терапии и консультирования – использование принципов научения в разрешении проблем поведенческих расстройств у клиентов: замена одного нежелательного вида поведения на другой, более приемлемый и «нормальный». Главными ценностями когнитивно-бихевиорального подхода стали: научение – респондентское, оперантное, когнитивное – через наблюдение; подкрепление; самоподкрепление; потенциал потребности; потенциал поведения; свобода деятельности; оспаривание; вербальное кодирование; моделирование; изменение локуса контроля; образная репрезентация; планирование окружения.

Когнитивная психотерапия Дж. Вольпе

Дж. Вольпе предложил самую общую схему когнитивно-бихевиоральной терапии (1983):

1. Вовлечение – исследуются и обсуждаются ожидания клиента относительно возможностей получения помощи, поощряется различными приемами (открытые вопросы и т.п.) более полное описание им ситуации.
2. Фокусирование на проблеме – выделение из многих проблем нескольких, наиболее важных с точки зрения клиента, и определение их приоритетов.
3. Работа с проблемой – одна проблема выделяется и рассматривается на примере конкретного случая, с деталями; исследуются возможные альтернативные пути поведения в данной конкретной ситуации и желания клиента относительно других способов чувствования, поведения. Исследуется, какие убеждения, мысли, ожидания, антиципации сопровождали этот эпизод. Таким образом определяются желаемые цели изменения и внутренние механизмы реального, нежелаемого поведения.
4. Обучение когнитивным принципам – обучение клиента навыкам рассматривать свои мысли под определенным углом, заданной терминологической рамкой данного конкретного когнитивно-бихевиорального метода. Это может быть, например, поиск ошибочных заключений, «автоматических мыслей», ошибок иррационального мышления и пр.
5. Оспаривание, бросание вызова – поиск новых способов думать о ситуации; новых мыслей, альтернативных обнаруженным ошибочным, ложным, фальсифицирующим реальность, расстраивающим мыслям и убеждениям.
6. Обучение клиента навыкам самооспаривания – поощрение самостоятельной работы по проверке своих мыслей и убеждений.
7. Выбор и организация домашнего задания – поддержание процесса работы вне встреч с консультантом с целью наблюдений за процессом самооспаривания, за помехами в процессе изменений и т.п.
8. Завершение – обучение приемам самопомощи или самопомощи с целью поддержания изменений.

На пути к созданию научной психотерапии ³

Бихевиоральная терапия неврозов

Мы принципиально согласны с Фрейдом в том, что тревожность является основой невроза. Мы определяем невроз как стойкую дезадаптивную привычку, главной составной частью которой является тревожность. Тревож-

³ Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – С. 255 – 271.

ность часто имеет и побочный результат (часто кажущийся пациенту основным симптомом), который может выражаться в сексуальной неадекватности, заикании, приливах крови, мигрени, навязчивом поведении, невротической депрессии или «экзистенциальных» проблемах. Избавление от привычной тревожной реакции влечет за собой избавление от этих вторичных ее проявлений.

Существует два вида невротического страха: классически обусловленный страх и страх когнитивного происхождения.

Классически обусловленный невротический страх

Классически обусловленный страх может быть результатом как отдельного события в жизни человека, так и цепочки событий. Широко известный пример классически обусловленного страха – это военный невроз, однако среди гражданского населения такой страх встречается чаще. Вот один пример: в машину 34-летнего мужчины, пока он ждал зеленого сигнала светофора, врезался другой автомобиль. В момент аварии у пациента возник страх смерти. После этого инцидента он боялся находиться даже в неподвижном автомобиле. Этим страхом больной был одержим 4 года. Очевидно, что страх возник в результате классического автономного обусловливания (интерьер машины превратился в условный раздражитель), поскольку пациент абсолютно не ожидал опасности, сидя в машине.

В случаях экспериментально вызванного невротического страха у животных лечение часто заключается в торможении слабых реакций тревожности при помощи кормления; этот метод также бывает эффективным для борьбы с детскими неврозами. При работе со взрослыми чаще всего используют глубокое мышечное расслабление, обычно в контексте систематической десенситизации. Кроме того, эффективным оказалось вызывание у пациентов гнева, сексуальных и других реакций. В дополнение к вышперечисленным используются и методы, основанные на других принципах, например метод «наводнения».

Невротический страх когнитивного происхождения

Невротические страхи второй категории берут начало в ошибочных убеждениях. Многие не невротические страхи, основание которых лежит в реальной жизни, связаны с убеждениями; они являются продуктом информации, а не классического обусловливания. Мы боимся молнии или неосторожных водителей не потому, что они когда-то нас сильно напугали, а потому, что знаем: они опасны. Страхи, вызванные ошибочными убеждениями, ничуть не менее неприятны. Мужчина может испытывать страх перед мастурбацией, потому что ему внушили, что она опасна для здоровья, а женщина может бояться сексуального возбуждения из-за страшных историй, рассказанных ей ее матерью. Люди могут бояться червей, летающих насекомых,

врачей или больниц из-за того, что их родители постоянно выказывали страх перед этими объектами. Некоторые неверные убеждения могут основываться на ошибочных выводах. Например, человек, испытывающий необычные, несвойственные ему ощущения, может сделать пугающий вывод, что у него происходит распад личности.

Страхи когнитивного происхождения требуют либо вербальной коррекции, либо коррекции посредством демонстрации. Например, боязнь приступов головокружения, вызванная убеждением, что головокружение является предвестником сумасшествия, может быть преодолена путем демонстрации того факта, что головокружение является результатом гипервентиляции. В целом, ошибочные убеждения легче поддаются коррекции, чем классически обусловленные страхи.

Бихевиоральная оценка состояния при неврозах

Общая атмосфера первой встречи пациента с бихевиоральным психотерапевтом определяется нашей концепцией, гласящей, что проблемы пациента-невротика заключаются в наличии у него дезадаптивных привычек, основой которых является реакция тревожности, появившаяся при первом столкновении с определенным неприятным событием. Это атмосфера, в которой все разрешено и нет места обвинениям. Пациенту предоставляется возможность понять, что психотерапевтический процесс будет проходить в обстановке сотрудничества между ним и психотерапевтом и целью этого сотрудничества станет избавление пациента от дезадаптивных привычек. Задачей оценки является выявление и анализ событий, ставших спусковым крючком болезненной реакции. Психотерапевт рассматривает историю каждой жалобы пациента с момента ее возникновения, внимательно изучая все изменения. На рассказываемое пациентом он отвечает подходящими комментариями и вопросами. Он проявляет явное сочувствие к проблемам пациента. Затем психотерапевт переходит к исследованию семейных, школьных, любовных и других отношений пациента. Совокупность собранной информации дает возможность сформировать представление о жизни и проблемах пациента, после чего составляется план психотерапевтического воздействия. Распространенный образ отстраненного бихевиорального психотерапевта, интересующегося лишь механикой поведения, но никак не самим человеком и его проблемами, – это чистейшей воды вымысел!

Область применения бихевиоральной терапии при неврозах

... Для того чтобы развенчать неверные представления о бихевиоральной терапии, необходимо рассказать о том, в чем она заключается. Для начала следует отметить, что бихевиоральные психотерапевты чаще всего имеют дело со случаями невротической тревожности, не относящимися к разряду классических фобий. Классические фобии имели место лишь в 14 из 68 слу-

чаев, в которых применялось лечение систематической десенситизацией (1982), остальные в основном относились к разряду социальных страхов, таких как чувства обесценивания своей личности, отверженности, вины. Важно понять, существуют ли невротические проблемы, в решении которых бихевиоральная терапия бессильна и при которых лучше применять психодинамический подход. С этим вопросом связан и другой: может быть, психодинамическая терапия в состоянии охватить более широкий спектр неврозов чем бихевиоральная?

Большинство психиатров, вероятно, дали бы утвердительный ответ на оба вопроса, сказав: почему нужно решать проблемы поверхностно, вместо того чтобы искать фундаментальных решений? Этот аргумент был бы, конечно, убедительным, если бы подкреплялся фактами. Но факты его не подтверждают.

... То, что бихевиоральная терапия часто бывает необходима пациентам с неврозами, во многих случаях становится ясным из описаний методов лечения, используемых самими психоаналитиками. Например, это очевидно в трех случаях, описанных Густафсоном (1984) в качестве иллюстрации краткой «динамической психотерапии». В одном из этих трех случаев юноша в течение 8 лет страдал жестокими приступами мигрени, появлявшимися при возникновении эмоционального напряжения в ситуациях, «когда окружающие требовали, чтобы он что-то сделал». При малейшем конфликте пациент «преисполнялся жаждой мести». Психотерапевт говорит: «Когда пациент избавится от головных болей, ему придется жить со своей яростью. ...Вооруженный новой способностью признавать гнев, который он испытывает при получении глупых заданий, он вряд ли останется таким же примерным студентом, каким был раньше». Затем автор продолжает: «Очень скоро у него возникнут серьезные и эмоциональные конфликты с учителями, поскольку он захочет, чтобы его принимали таким, какой он есть. Сможет ли он справиться с контратаками, отдать кесарю кесарево, при этом оставив что-то и себе, мы увидим в будущем – но, безусловно, его способность «строить мосты» и устойчивость «динамических перемен» будет подвергнута проверке».

Здесь все отдано на волю инсайта и его последствий, и можно только согласиться с Густафсоном в том, что перед пациентом лежит тернистый путь. Если бы на этом этапе был проведен бихевиоральный анализ источников стресса и пациенту была предписана соответствующая психотерапия, перспектива стала бы более радужной. Из истории болезни ясно, что пациенту скорее всего помог бы тренинг уверенности в себе, а на его повышенную чувствительность к низкой оценке его поступков и неодобрению можно было бы воздействовать с помощью десенситизации. Заметные положительные изменения произошли бы в течение нескольких недель.

Столь благоприятные прогнозы делаются на основании ежедневного опыта работы с невротиками – как с теми, невротическая тревожность у которых бывает очевидна с самого начала, так и с теми, у которых до нее, как в случае Густафеона, надо «докапываться». Роль тревожности была так же не-

очевидна в случае 50-летнего художника, у которого появилась истерическая слепота после того, как его теща подала на него в суд за «невыполнение условий завещания ее мужа». Это событие чрезвычайно расстроило мужчину, который и без того всю жизнь боялся «поступить неправильно». В психотерапевтической программе, составленной для него, центральное место заняла систематическая десенситизация его чрезвычайной чувствительности к социальному неодобрению. До какой степени у него была развита эта чувствительность, можно показать на следующем примере: он не мог отказаться съесть вторую тарелку супа, который ему не нравился, боясь обидеть хозяйку. Восстановление зрения коррелировало с ослаблением чувствительности – через пять месяцев зрение стало возвращаться, и постепенно больной прозрел полностью. Во время суда (в результате которого он был оправдан), защищаясь от обвинений тещи, он испытывал минимальную тревожность. Уже два года, как этот человек здоров.

Дж. Вольпе

Анализ индивидуальной динамики заболевания при лечении депрессии⁴

Первое впечатление, возникающее у тех, кто знакомится с современным подходом к лечению небиполярной непсихотической депрессии, часто бывает обманчивым. На сегодняшний день существует некоторое количество методов ее лечения, которые ошибочно считаются подходящими для всех случаев. Ошибка связана с тем, что депрессию считают по существу однородной, полагая, что разница между ее отдельными случаями состоит лишь в степени их тяжести.

Я хочу показать, что депрессия может быть следствием самых разных обстоятельств и для выработки стратегии успешного лечения необходимо определять ее причину в каждом отдельном случае.

История вопроса

В течение столетий депрессию называли меланхолией и считали особым заболеванием, вызываемым «настроениями» или другими внутренними процессами. Примерно сто лет назад была выявлена связь между депрессивным и маниакальным состояниями (Klerman, 1989), которые стали рассматриваться как два разных проявления одного и того же нарушения. Позднее Крепелин (1904) заметил, что в некоторых случаях депрессия сопровождалась по-

⁴ Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – С. 282 – 298.

вышенной эмоциональной реактивностью, и сделал предположение о существовании особого, вызываемого эмоциональными причинами вида депрессии. В широких психологических кругах согласились с его точкой зрения и стали давать этому виду депрессии разные названия, из которых в последнее время наиболее часто употреблялось название «эндогенная».

... Психотерапевтам, однако, во многих случаях непросто было определить, к какому виду относится конкретный случай депрессии. Они могли с уверенностью диагностировать эндогенную депрессию, если в наличии были психомоторные нарушения, возбужденность, бред, галлюцинации и негативное отношение к жизни; однако психогенная депрессия диагностировалась обычно методом исключения – к ней относили все, что не подходило под определение депрессии эндогенной.

Акискаль и его коллеги (1979) провели обследование пациентов с «невротической депрессией», в результате которого выяснилось, что эти больные вовсе не являются однородной группой. В исследовании принимали участие только пациенты, у которых не было нарушено чувство реальности, которые отдавали себе отчет в психологической природе своего заболевания и у которых отсутствовали бред и галлюцинации. Из большого количества людей, находящихся в состоянии депрессии, Акискаль и его коллеги сделали выборку в 100 человек, страдавших «невротической депрессией». Через 3—4 года было проведено повторное исследование. За это время у многих пациентов проявились новые симптомы. У тридцати шести наблюдались моменты меланхолии, причем у половины из них (18% от общего числа) – с переменной полярности, в 10 случаях причиной заболевания оказались медицинские (хирургические) проблемы, а трое больных, как выяснилось, страдали шизофренией на разных стадиях. Большинству остальных пациентов поставили диагноз «хроническая вторичная дисфория»; позже Акискаль (1983) сказал, что такой диагноз предполагает наличие невротических источников депрессии. Он не знал, что к тому времени уже были найдены физиологические и клинические подтверждения того, что депрессия может вызываться тревожностью. Сейчас, однако, для нас имеет значение лишь то, что исследование Акискаля позволило убедиться: понятие «невротическая депрессия» (которую с не меньшим основанием можно назвать и «непсихотической депрессией») относится к целому ряду нарушений.

Невротическая тревожность как причина депрессии

Тревожность часто является единственным проявлением невроза, но она, кроме того, может лежать в основании психосоматических нарушений, заикания, сексуальных проблем, навязчивостей и компульсивного поведения. В этих случаях каузальная роль тревожности обычно становится очевидной при ближайшем рассмотрении. Однако, если невротическая тревожность предшествует депрессии, ее роль не столь очевидна. В двадцатом веке некоторые психиатры заметили связь между тревожностью и некоторыми видами де-

прессии. Одним из первых об этом написал Роджерсон (1940), предложивший называть биологические депрессии «аффективными психозами», а состояния тревожности (которые он подразделил на депрессивные неврозы и неврозы тревожности) – «аффективными неврозами».

Изменения динамики невротической депрессии

В начале 50-х годов я сделал собственные, независимые от результатов вышеупомянутых физиологических экспериментов, наблюдения относительно взаимосвязи между депрессией и невротической тревожностью. Очень часто у пациентов, на первый взгляд казавшихся невротиками, после клинического обследования выявлялись симптомы депрессии. После дополнительного изучения депрессия у них оказывалась вторичной по отношению к тревожности. Каузальная роль тревожности подтверждалась, если депрессия прекращалась после снятия тревожности.

Около 10 лет назад я представил результаты лонгитюдного исследования, проведенного мною в группе из 25 пациентов, составленной на основании случайной выборки (1979). Основные данные, полученные в результате этого исследования, представлены в табл. 1. Клинические данные показывают, что существует четыре возможных вида динамической взаимосвязи между депрессией и тревожностью.

Таблица 1. Сводные данные

Основная причина тревожности	Кол-во случаев	Среднее время, прошедшее с момента появления симптомов депрессии	Среднее кол-во проведенных сеансов	Кол-во выздоровевших или сильно улучшивших свое состояние пациентов
Классическое обусловливание	11	9,6 лет	35,2	11
Когнитивная	6	7,3 года	24,5	5
Межличностная неадекватность	8	4,9 года	27,5	6
Потеря близкого человека	–	–	–	–
Всего:	25	7,4 года	30,2	22
Количество случаев, наблюдавшихся не менее 6 месяцев: 19. Среднее время наблюдения: 5,2 года.				

Прежде чем мы подробно рассмотрим их, позвольте мне сделать несколько общих замечаний о бихевиоральном подходе к неврозам, поскольку этот подход часто неверно понимается. Принято считать, что бихевиоральное воздействие жестко детерминировано и для каждого заболевания существует отработанный метод воздействия. Например, фобия излечивается путем применения метода десенситизации, а социальный страх – посредством тренинга уверенности в себе. Такое упрощенное представление присуще только людям, совершенно незнакомым с бихевиоральной концепцией неврозов, рассматривающей их как приобретенную привычную дезадаптивную реакцию тревожности. Бихевиоральная терапевтическая стратегия меняется от случая к случаю, поскольку она формируется на основании тщательного анализа динамики тревожности. Тревожность рассматривается с точки зрения обусловливания и мотивации, имеющих место в каждом индивидуальном случае. Поэтому нельзя, диагностировав невротическую депрессию, лечить ее по схеме «из учебника», используя во всех случаях, скажем, когнитивную терапию. Вместо этого следует подбирать индивидуальные лечебные процедуры для каждого пациента, в зависимости от динамической структуры течения болезни в конкретном случае. Далее я расскажу о том, как производится анализ этой структуры.

Диагностика и субдиагностика невротической депрессии

Ход лечения определяется деталями истории болезни. Как видно из таблицы 1, при индивидуальном планировании лечения повышается его успешность. Возможность того, что депрессия явилась результатом тревожности, должна рассматриваться во всех случаях, когда отсутствуют признаки биполярной депрессии. Как продемонстрировали Акискаль и его коллеги (1979), при отсутствии этих признаков депрессия часто оказывается эндогенной или невротической; вероятно, возможна и другая этиология – так полагают Акискаль (1983) и Винокур (1985). Здесь я коснусь лишь того, как определяется невротическая депрессия.

Для того чтобы определить депрессию как невротическую, в наличии должна быть дезадаптивная тревожность. Тревожность является дезадаптивной, если она проявляется в обстоятельствах, объективно не представляющих угрозы для человека. Первый источник, к которому следует обращаться в поисках информации о дезадаптивной тревожности – это история жизни пациента. События и мысли, при которых проявился повышенный уровень тревожности, и люди, присутствовавшие при этом, могли стать «спусковым крючком». В некоторых случаях более поздние события могут изменить характер тревожности или же могут появиться новые стимулы, способные вызывать ее вторичное обусловливание. Главной задачей изучения истории болезни является поиск очагов стимулов, вызывающих у пациента дезадаптивную тревожность в настоящее время. Именно на этих очагах будет фокусироваться наше внимание в ходе психотерапии. Необходимо анализировать динамику каждого стимула. К примеру, нам недостаточно знать, что пациен-

та охватывает тревога при общении с людьми; важно определить, какие именно ситуации вызывают тревожность и от каких факторов зависит ее уровень. Если тревожность проявляется у человека в тех случаях, когда он становится центром внимания, факторами, влияющими на уровень тревожности, могут быть количество, возраст и социальное положение смотрящих на него людей, требования, предъявляемые к нему (например, к его речи), и неодобрение, которое он может вызвать (следует понять, в чем это неодобрение может выражаться). При составлении программы лечения должны приниматься во внимание все подобные факторы без исключения.

В основании невротической тревожности всегда лежит сложное переплетение причин – это справедливо даже относительно так называемых «простых» фобий. Хорошей иллюстрацией этого может служить агорафобия. Очень редко агорафобия представляет собой всего лишь страх расстаться с «надежным» местом или человеком; в некоторых случаях она связана с боязнью физического или эмоционального кризиса, сопровождающейся приступами паники гетерогенной этиологии. Кроме того, агорафобия может проявляться в страхе перед окружающим миром (с таким страхом связана одна из форм школьной фобии). Другой вид агорафобии присущ женщинам, несчастным в браке, которым не хватает самодостаточности; динамика их фобий чрезвычайно изменчива, и в процессе психотерапии их необходимо вооружать навыками социального контроля.

Рассмотрение истории болезни должно заканчиваться изучением отношений пациента с другими людьми в детстве, школьных воспоминаний и личной жизни. Дополнительную информацию получают при помощи таких опросников, как таблицы невротизма Виллоуби (the Willoughby Neuroticism Schedule), таблицы исследования страхов (the Fear Survey Schedule) и опросник для выявления самодостаточности Бернрейтера (the Bemreuter Self-Sufficiency Inventory). Каждый из этих опросников помогает получить данные относительно социальной тревожности и эмоциональной лабильности пациента.

При планировании лечения психотерапевт учитывает динамическую структуру каждого из очагов дезадаптивной тревожности. В 2/3 случаев необходимо снятие обусловливания посредством таких методов, как десенситизация, тренинг уверенности в себе или «эмоциональное наводнение». В оставшейся трети случаев показана когнитивная коррекция. Иногда она применяется в сочетании с первой группой методов. Диагноз «невротическая депрессия» подтверждается, если уровни тревожности и депрессии меняются одновременно в одну и ту же сторону. Но даже в тех случаях, когда одновременное изменение неочевидно, желательно проводить процедуры по снятию обусловливания дезадаптивной тревожности, поскольку, как показывает опыт, они обычно приводят к ослаблению депрессии. Конечно, это происходит не всегда – например, такого результата не будет, если депрессия является по существу эндогенной и всего лишь «сосуществует» с невротической тревожностью. В моей практике были случаи, когда успешное снятие обу-

словливания тревожности оказывалось возможным лишь после применения лития для ослабления депрессии.

Помочь в диагностике невротической депрессии могут следующие признаки: отсутствие расстройств сна (больной не просыпается слишком рано) и большая продолжительность депрессии (нелеченные невротические депрессии также характеризуются большой продолжительностью). Необходимо также заметить, что распространенное ранее представление о том, что невротическая депрессия может иметь в своем основании стресс, не соответствует действительности – это скорее верно относительно депрессии эндогенной.

Виды взаимосвязи между тревожностью и невротической депрессией

Существует четыре вида взаимосвязи между тревожностью и депрессией. В некоторых случаях можно сказать, что имеют место сразу два или более из них.

1. Невротическая депрессия как следствие классически обусловленной тревожности

Пациенты с невротической тревожностью могут испытывать депрессию, отклонения в уровне которой коррелируют с изменениями интенсивности тревожности. Иногда депрессия у них может становиться основным эмоциональным состоянием, даже вытеснять тревожность. Из исследования Шагасса очевидно, что истоки заболевания лежат в тревожности, хотя пациенты и жалуются на депрессию. Последняя уменьшается при снятии обусловливания тревожности, и иногда даже сходит на нет до полного выхода пациента из тревожного состояния. Одиннадцать случаев в табл. 1 иллюстрируют этот вид взаимодействия между тревожностью и депрессией.

2. Невротическая депрессия как следствие тревожности, вытекающей из ошибочных представлений

Здесь тревожность не является классически обусловленной, но основана на ошибочных представлениях о себе и окружающем мире. В табл. 1 приведено 6 случаев такого типа. Этим пациентам удалось излечиться при помощи когнитивной коррекции. Согласно Беку (1967), депрессия всегда вызывается ошибочными представлениями. Результаты нашего анализа не подтверждают эту точку зрения, о чем я подробнее скажу позже. В большинстве случаев, с которыми мы сталкивались, выздоровление не было связано с применением когнитивной коррекции.

3. Невротическая депрессия, вызванная тревожностью, проистекающей из межличностной неадекватности

Высокий уровень тревожности может проявляться в разных ситуациях межличностного общения, например, когда необходима уверенность в себе или когда человек рискует вызвать неодобрение окружающих. Такая тревожность может вести к неудачам в общении, а осознание этих неудач может стать поводом к депрессии. Невозможность самовыражения сама по себе

может вызвать у человека чувство, что он неудачник, постепенно переходящее в депрессию. В таких случаях основной упор при лечении должен делаться на тренинг уверенности в себе. При многократном воспроизведении уверенного поведения тревожность при общении снижается. Уверенность в себе может выражаться в проявлениях гнева или других эмоций, адекватных ситуации. Некоторые пациенты не могут начать вести себя уверенно из-за страха ответного удара, другим мешает чувство вины. Эти эмоциональные трудности обычно легко преодолеваются, если тренингу уверенности в себе предшествует выполнение программы систематической десенситизации.

4. Невротическая депрессия как результат чрезмерной реакции на утрату близкого человека

Если состояние горя, связанное с потерей близкого человека, проявляется необычно тяжело или очень долго, необходимо выяснить, не является ли оно депрессивной стадией биполярной депрессии. Однако в некоторых случаях за непроходящим ощущением горя стоит высокий уровень тревожности, обусловленный потерей. Тревожность может мешать воспроизведению (проживанию вновь) образов, причиняющих страдание, таким образом не давая горю утихнуть. Рамсей (1977) получил потрясающие результаты, применив в одном из таких случаев метод «наводнения» – его пациент должен был постоянно концентрироваться на реальности смерти и на драгоценных для него образах из жизни ушедшего близкого человека. В нашей выборке не было случаев, в которых утрата близкого человека являлась бы основным источником депрессии, но в одном из случаев она среди прочих факторов способствовала возникновению заболевания.

Результаты лечения

Лечение депрессии в 25 случаях, данные о которых представлены в табл. 1, заключалось в преодолении привычной реакции дезадаптивной тревожности, наличие которой было выявлено при рассмотрении истории болезни. Как показано в табл. 1, невротическая депрессия была преодолена или существенно снижена в 22 случаях из 25, в двух случаях улучшения состояния не произошло, а в одном имели место рецидивы депрессии в ослабленной форме. В этих трех случаях нам не удалось преодолеть и невротическую тревожность. Обычно депрессия прекращается задолго до того, как пациент полностью избавляется от привычной реакции тревожности. За 19 из 22 пациентов, лечение которых имело положительный результат, мы наблюдали в течение 6 и более месяцев после завершения психотерапии. Ни у одного из них не было рецидивов.

Проведенное исследование, безусловно, нуждается в формальном повторении, но уже сделанного достаточно для предварительного подтверждения гипотезы о том, что некоторые виды депрессии являются функцией тревожности и их лечение должно заключаться в снятии обусловливания невротиче-

ской тревожности. Следует заметить, что в литературе часто встречаются свидетельства того, что депрессия поддается психотерапевтическому воздействию.

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса

В концепции РЭТ предполагается, что источником психологических нарушений, прежде всего, является система индивидуальных иррациональных представлений о мире, усваиваемая, как правило, в детстве от значимых взрослых. Невроз, в частности, трактуется Эллисом как «иррациональное мышление и поведение». Сердцевиной же эмоциональных нарушений является самообвинение. Важным понятием в РЭТ является понятие «ловушка», то есть все те когнитивные образования, которые сознают необоснованную (невротическую) тревогу, раздражительность и т.п. Эллис утверждает, что хотя любимым в атмосфере принятия и приятно, человек должен также чувствовать себя достаточно уязвимым и вне такой атмосферы. Поэтому в направлении разработан своеобразный «кодекс невротика», то есть ошибочные суждения, стремление выполнить которые ведет к психологическим проблемам. Эллис предложил четырехкомпонентную структуру личности, названную им первыми буквами латинского алфавита (**A – B – C – D** – теория). Эта концептуальная схема позволяет клиенту самому вести эффективное самонаблюдение и самоанализ в виде дневниковых записей. Здесь **A** – активизирующее событие, **B** – мнение о событии, **C** – эмоциональное или поведенческое последствие события, **D** – последующая реакция на событие в результате мыслительной переработки, **E** – завершающее ценностное умозаключение (конструктивное или деструктивное).

В целом же психологическими предпосылками РЭТ являются: признание личной ответственности за свои проблемы; принятие идеи, что имеется возможность решительно повлиять на эти проблемы; признание, что эмоциональные проблемы проистекают из иррациональных представлений; осознание этих представлений; признание полезности серьезного обсуждения этих представлений; согласие прилагать усилия к конфронтации со своими алогичными суждениями; согласие на использование РЭТ.

Эволюция рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии⁵

Основные задачи

⁵ Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – С. 179 – 199.

В рационально-эмотивной терапии (РЭТ) считается, что у психотерапии есть две основные задачи. *Первая* – помогать клиентам (а по – моему, и всему человечеству) свести к минимуму иррациональное мышление, неадекватные чувства и дисфункциональное поведение. Мы считаем, что так называемые «эмоциональные нарушения» теснейшим образом связаны между собой и что ни один из этих процессов обычно не существует сам по себе, независимо от двух других. РЭТ полагает, что наличие у человека серьезных «эмоциональных» проблем (таких, как тревожность и депрессия) говорит о существовании у него иррациональных убеждений и разрушительного для него самого поведения, сопровождающих и до некоторой степени даже создающих эти проблемы. Но иррациональные убеждения сами могут являться следствием неадекватных эмоций и поведения; а неадекватное поведение может проистекать из дисфункциональных мыслей и эмоций.

Первая стадия РЭТ состоит в том, чтобы ликвидировать мысли, чувства и способы поведения, которые мешают клиенту и окружающим его людям быть счастливыми, и помочь ему увидеть, как он своими руками делает себя несчастным.

Вторая задача психотерапии, к выполнению которой мы приступаем с самого первого сеанса, заключается в том, чтобы помочь клиенту полнее самоактуализироваться, стать более счастливым. Это очень важно, поскольку даже люди, не причиняющие особого вреда ни себе, ни окружающим, в силу инерции стремятся скорее к комфорту, чем к творчеству и приключениям, в силу чего жизнь их протекает тихо и без вдохновения. У них всё нормально – и дом, и работа, и друзья. При этом они совершенно не реализуют свои творческие возможности, – а ведь это могло бы сделать их жизнь ярче и полноценнее.

Поэтому эффективная психотерапия (по крайней мере, так считается в РЭТ) учит людей не только тому, как свести к минимуму (в идеале – ликвидировать) эмоциональные и поведенческие проблемы, но и тому, как использовать свой потенциал, как сделать свою жизнь более насыщенной.

Понятие психического здоровья

Психическое здоровье можно определять по-разному. Рационально-эмотивная терапия использует на практике несколько сделанных ранее определений и пару своих собственных.

Составляющими психического здоровья (характеристики верны для большинства, но не для всех людей) являются:

1. Личный интерес

Эмоционально здоровые люди действуют, в первую очередь, в собственных интересах. Они не находятся в мазохистском подчинении и не жертвуют собой без нужды ради других. Они ставят свои интересы, по крайней мере,

чуть-чуть впереди интересов других людей потому, что понимают: если они сами о себе не позаботятся, кто же это сделает? Но совсем рядом со своими интересами они ставят интересы нескольких близких людей, да и весь остальной мир с его нуждами не оставляют далеко позади.

2. Социальный интерес

Психически здоровые люди обычно в достаточной степени общительны и стараются иметь хорошие отношения в той социальной группе, в которой они живут. Они стремятся иметь хорошие отношения с другими людьми и близкие – с несколькими избранными. Они доверяют своим чувствам и обладают качеством, которое Адлер назвал «социальным интересом», а Г. Салливан (Sullivan, 1953) – «компетентностью в общении». Их позиция: «Я в порядке; ты в порядке». В первую очередь, заботясь о своей жизни и благополучии, они одновременно стараются быть внимательными и справедливыми к окружающим и не приносить ненужного вреда, стремятся к сотрудничеству, иногда проявляют некоторый альтруизм и получают удовольствие от межличностных и групповых взаимоотношений.

3. Самостоятельность

Эмоционально здоровые люди в большой степени принимают на себя ответственность за свою жизнь, самостоятельно решают свои проблемы и, хотя они часто хотят получать одобрение окружающих, оно не является для них необходимым, и они не ставят свой успех и благополучие в зависимость от него.

4. Терпимость

Здоровые люди предоставляют другим право ошибаться. ...Если им не нравится поведение человека, они не обвиняют его как личность. Они понимают, что людям свойственно ошибаться, и не требуют, чтобы окружающие были идеальными. Они не считают безнадежно плохим человека, который совершил неблагоприятный поступок.

5. Принятие неопределённости и неоднозначности

Эмоционально зрелые люди принимают тот факт, что, насколько нам известно, наш мир во многом построен на случайности и неопределённости, и в нём, может быть, никогда не будут править абсолютная необходимость и полная однозначность. Их философия позволяет им мириться с отсутствием определённости. Они готовы к приключениям, умеют учиться и отвечать на брошенный им вызов.

6. Гибкость

Эмоционально здоровые люди психически гибки, открыты переменам и склонны непредвзято относиться к бесконечному разнообразию личностей, идей и вещей в окружающем их мире. Они могут страстно отстаивать свои убеждения и чувства, при этом спокойно воспринимая новое и, умея менять своё представление о «реальности» в зависимости от получаемой ими свежей информации.

7. Научное мышление

РЭТ считает, что эмоционально чувствительные и устойчивые люди обычно являются в достаточной степени объективными, рациональными и умеют мыслить научно. Они строят гипотезы, а затем проверяют их, применяя логические правила и научные методы к своей собственной жизни и к отношениям с другими людьми. Наука противостоит догмам, она открыта переменам, – то же самое можно сказать об эмоционально здоровых людях.

8. Увлечённость

...Эмоционально здоровые и счастливые люди обычно бывают увлечены чем-то, – будь то люди, дела или идеи. То, чем они занимаются, становится для них очень важным (но не священным!), и вокруг него они строят значительную часть своей жизни.

9. Умение рисковать

Люди, обладающие хорошим эмоциональным здоровьем, способны рисковать. Они спрашивают себя, чего бы им по – настоящему хотелось добиться в жизни, и пытаются осуществить это, несмотря на риск потерпеть поражение. Они способны пускаться в приключения (но не сломя голову), готовы попробовать почти всё (хотя бы для того, чтобы посмотреть, понравится ли им оно), и радостно встречают неожиданности.

10. Принятие себя

Эмоционально здоровые люди рады тому, что они живут на свете. Они считают, что «заслуживают» жизни и счастья. В согласии с одним из основных принципов РЭТ, они полностью и безусловно принимают самих себя, или дают себе «безусловную положительную оценку». Как сказал Тиллих, они наделены «мужеством быть». Они стараются действовать адекватно и компетентно, и получать одобрение, – но делают они это для удовольствия, а не ради удовлетворения своего «эго». Эти люди оценивают свои поступки,

дела и качества в свете своих собственных целей и ценностей. Они стараются избежать оценивания себя и своей сущности как целого.

11. Забота о будущем

Хорошо адаптированных людей интересует не только сегодняшний день, но и будущее. Они стараются не совершать поступков, которые, принося удовольствие сегодня, могут обернуться проблемой завтра. Такие люди – гедонисты в том смысле, что они хотят счастья и избегают боли; но они не забывают о том, что жизнь кончается не завтра, поэтому лучше не гнаться за сиюминутным удовлетворением.

12. Отсутствие перфекционизма и приверженности утопиям

Здоровые люди принимают тот факт, что ни они, ни другие люди, скорее всего, никогда не достигнут совершенства, поэтому даже там, где к идеалу стоит стремиться (например, в искусстве или науке), они не считают себя обязанными его достичь. Они также отдают себе отчёт в том, что Утопий в реальности не существует и что нельзя объять необъятное. Человек может приблизиться к идеалу, к абсолютному счастью, но путь к ним тернист, и идущего постигнет не одно разочарование.

13. Ответственность за собственные эмоциональные нарушения

Здоровые люди в основном считают самих себя ответственными за то, что у них появились вредные мысли и чувства, за то, что они неправильно себя ведут. Они не обвиняют в этом других людей или обстоятельства.

Они безусловно принимают себя, независимо от того, как они ведут себя или от того, что об этом думают окружающие. Они явно предпочитают быть компетентными и получать одобрение. Они оценивают и критикуют лишь своё поведение, когда что-то не удаётся. Они не считают, что должны все и всегда делать хорошо и получать одобрение, следовательно, они не думают, что они хорошие, когда всё удаётся, и плохие – когда их постигнет неудача.

Процесс изменения личности и базовые принципы рационально-эмотивной психотерапии

РЭТ считает, что в процессе психотерапии люди меняются, делая и переживая самые разные вещи: они чувствуют любовь к себе и придерживаются направления, которое даёт им психотерапевт; их слушают, учат и подталкивают. Разные приёмы используются в работе с разными людьми. Однако в РЭТ считается, что для того, чтобы произошли глобальные изменения, желательно, чтобы клиент сделал три вещи: 1) понял, что основную ответствен-

ность за свои мысли, чувства и поступки несёт он сам, и перестал перекладывать её на родителей, культуру, окружающую действительность; 2) увидел, как именно ему вредят его мысли, чувства и действия; 3) настойчиво и последовательно старался изменить свои невротические убеждения, эмоции и поведение.

С самого начала РЭТ отдавала предпочтение инсайту как основному посреднику в осуществлении личностных изменений. Но инсайт в РЭТ имеет мало общего с инсайтом, как его понимали Фрейд и психоаналитики. Они считали, что, если человек полностью отдаёт себе отчет в том, откуда взялись его эмоциональные проблемы, значит, он может их разрешить. Мы же, наоборот, уверены, что время, потраченное на то, чтобы понять, где берут начало проблемы, можно гораздо более эффективно использовать, стараясь что-то изменить в себе сегодняшнем.

РЭТ считает важными три вида инсайта:

1. неважно, что произошло с вами в прошлом (в детстве, в начале семейной жизни) – важно то, что реакции на происшедшее были вашими собственными; это вы реагировали чрезмерно или недостаточно и, значит, основную ответственность за возникновение нарушений несёте вы сами;

2. неважно, как и когда возникло нарушение, неважно, какой была ваша реакция на поведение родителей и учителей, на условия, в которых вы жили, – ваши сегодняшние проблемы связаны не с детскими реакциями, а с тем, что эти реакции остались неизменными; то, что случилось в прошлом, не вызывает проблем сегодня, оно лишь помогает их возникновению;

3. человеку от природы свойственно привыкать к иррациональному образу мышления, чувствования и поведения; чтобы преодолеть эту привычку, необходимы упорная работа и тренировка – да-да, работа и тренировка – только они помогут вам измениться и стать счастливее.

АВС иррационального мышления и нарушений

...Теперь о том, чем РЭТ руководствуется при осуществлении изменений. У людей, как отмечал Адлер, есть цели и идеалы; РЭТ считает, что практически всё, что человек делает, он делает потому, что хочет жить и получать удовлетворение от жизни. Целью человека обычно является получение удовлетворения в следующих сферах жизни: 1) от общения с самим собой; 2) от общения с другими людьми; 3) от общения с избранными близкими; 4) в работе и финансах; 5) в других видах деятельности (занятиях искусством, литературой, спортом, играх и т. д.).

Разумеется, на пути к осуществлению этих целей (**G** – goals) человек часто сталкивается с препятствиями. В РЭТ эти препятствия называются Негативными Активизирующими Событиями (**A** – activating events). Когда происходит Негативное Активизирующее Событие (**A**), у человека есть выбор между адекватной и неадекватной эмоциональной реакцией и между полезным и вредным для себя поведением. Эти эмоциональные реакции и поведение

называются Следствием (**C** – consequences). В большинстве случаев люди адекватно реагируют на **A**. Так, если человеку что-то не удалось (например, получить работу или завоевать чье-то сердце), он чувствует досаду, разочарование, сожаление, и эти в целом негативные и неприятные чувства полезны в том смысле, что они заставляют человека ещё раз оценить Цель (**G**) и Активизирующее событие (**A**), мешающее её осуществлению, и попытаться изменить последнее, чтобы достичь своей цели в будущем.

Основным источником адекватных чувств и поступков РЭТ считает рациональные или реалистические Убеждения (**rB** – rational Beliefs), такие как: «Я недоволен тем, что у меня в этот раз ничего не вышло. Надеюсь, в следующий раз я добьюсь успеха. Да, я предпочитаю получать одобрение значимых для меня людей. Но если они отвергнут меня, это не будет концом света – я постараюсь получить их одобрение в следующий раз».

Другими словами, РЭТ считает, что дело не в Активизирующих Событиях (**A**), а в разумных Убеждениях (**B**) относительно этих событий.

Далее РЭТ считает, что вредные для человека чувства и поступки в основном проистекают из иррациональных Убеждений (**iB**). А именно: когда человека отвергают, он на стадии **A** (Активизирующее Событие) осознанно или неосознанно говорит себе примерно следующее: «Я не должен был потерпеть поражение и оказаться отверженным. Это ужасно. Я не могу этого вынести. Я ничтожество, я заслуженно наказан. Конечно, я навсегда останусь неудачником и ко мне всегда буду плохо относиться!»

Практически все виды когнитивно-бихевиоральной терапии придерживаются принципов, схожих с **ABC** РЭТ, но есть в наших подходах и существенные различия.

1. Практически все виды когнитивно и когнитивно-бихевиоральной терапии следуют по моим стопам – так же, как я следовал по стопам Эпитета, Марка Аврелия и других древних философов. Если говорить конкретнее, представители других психотерапевтических школ согласны с тем, что иррациональные Убеждения (**iB**) ведут к эмоциональному нарушению, но считают, что это происходит всегда, то есть что наличие иррациональных Убеждений автоматически ведёт к эмоциональному нарушению. Такую точку зрения нельзя читать правильной, поскольку, как указал Джон Дьюи ещё в начале века, люди могут иметь самые безумные убеждения, при этом несколько от этого не страдая. Более того, как правильно заметил Ричард Лазарус, иррациональные и нереалистичные убеждения (например, когда смертельно больной человек убеждён, что выздоровеет) могут помогать уменьшить страдания и тревогу.

Ввиду всего сказанного, РЭТ полагает, что люди в основном – а может быть и исключительно – наносят себе вред посредством оценочных иррациональных Убеждений. К примеру, если вы считаете, что есть добрый волшебник, который о вас заботится и всегда готов прийти на помощь, вы можете быть счастливы, и это в высшей степени нереалистичное убеждение не причинит вам никакого вреда. Но если вы считаете (оцениваете) помощь вол-

шебника необходимой, которую вы просто обязаны получать, у вас почти непременно возникает тревога (если вы поймете, что можете не получить столь необходимой вам помощи), и можете впасть в депрессию (если увидите, что помощь не приходит, когда вы в ней так нуждаетесь).

Поэтому РЭТ имеет дело не со всеми иррациональными убеждениями, а лишь с теми, которые носят оценочный характер и связаны с желаниями и требованиями. В отличие от учителя логики, который может попробовать помочь вам полностью изменить нелогичное и нереалистичное мышление, имеет дело только с **iB**, связанными с тем, чего вы хотите и поэтому считаете необходимым, РЭТ имеет дело только с теми иррациональными Убеждениями (**iB**), которые связаны с вашими целями, желаниями и идеями. Поэтому психотерапевтический процесс у нас обычно бывает кратким и эффективным.

2. РЭТ считает важным проводить чёткое разграничение между рациональными (**rB**) и иррациональными Убеждениями (**iB**). Кроме того, РЭТ является практически единственной психотерапевтической школой, показывающей, в чём разница между адекватными и неадекватными и неадекватными чувствами и между полезным и вредным поведением. Придерживаясь прагматического подхода Дьюи, РЭТ считает рациональными те Убеждения (**B**), которые помогают человеку достичь поставленных им целей и служат его интересам, одновременно не нарушая интересов социальной группы, в которой он живёт. Иррациональные Убеждения (**iB**) – это убеждения, которые содержат в себе оценку и мешают осуществлению целей человека, причиняя ему ненужную боль, страдания и иногда даже приводя к безвременной смерти. Обычно помогающие человеку **rB** логичны и реалистичны, а вредящие ему **iB** – наоборот. Но это не всегда так! Например, как уже было сказано выше, за таким нелогичным Убеждением, как: «Раз меня бросил любимый, значит, со мной что-то не так», – может следовать абсолютно рациональное Убеждение: «Даже если со мной что-то не так, я, скорее всего, найду кого-то, кто сможет полюбить меня». А за нереалистичным Убеждением: «Раз меня отверг человек, которого я люблю, значит, любой, кого я люблю, тоже отвергнет меня», – может следовать реалистичное Убеждение: «Даже если все, кого я люблю, отвергнут меня, я смогу быть счастливым и без любви».

Только определённые **iB** – а именно требования к себе, окружающим людям и миру – почти всегда вызывают тревожность, депрессию, ярость и презрение к себе. Например: «Поскольку люди, которых я люблю, не должны отвергать меня, а этот человек всё же отверг, значит, я ничтожество, которое никогда не добьётся любви! Поэтому я никогда не смогу быть счастливым!» Это Убеждение одновременно является и нелогичным (в силу допущенных в нём чрезмерного обобщения и непоследовательности), и нереалистичным (поскольку оно противоречит реальности). Но главное – такое Убеждение почти всегда ведёт к депрессии и заставляет человека ненавидеть се-

бя. Вместо того чтобы искать новой любви, он начинает, наоборот, избегать контактов.

Итак, в РЭТ мы имеем дело не со всеми иррациональными Убеждениями (**iB**), а только с теми из них, которые ведут к неадекватным чувствам тревоги, подавленности, ненависти к себе, в свою очередь порождающим вредное поведение, заставляя человека страдать и быть несчастным.

3. В когнитивно-бихевиоральных видах психотерапии, разработанных Беком, Молтсби, Мейхенбаумом и другими когнитивистами, большое внимание уделяется разным нереалистичным и нелогичным умозаключениям предположениям, которые не соответствуют действительности и довольно легко оспариваются психотерапевтами. Мы также относим эти Убеждения к категории иррациональных (**iB**), но, согласно РЭТ, они не причиняли бы вреда, если бы не упирались на безусловные и абсолютистские требования. Психотерапевты, которые пытаются опровергнуть эти иррациональные Убеждения, не касаясь требований, конечно, могут помогать клиентам, но делают они это довольно поверхностно.

Приведём пример: вы отказались встречаться со мной или выйти за меня замуж (а мне очень хотелось бы этого), и я делаю нелогичные и нереалистичные выводы: а) «Со мной что-то не в порядке»; б) «Я очень плохой человек»; и в) «Я никогда не смогу встречаться с кем мне хочется, а также не смогу жениться ни на одной из женщин, чью любовь мне хотелось бы завоевать». Первый из этих выводов неверен потому, что вы могли отвергнуть меня вовсе не из-за того, что со мной что-то не в порядке – существует масса других возможных причин. Второй вывод содержит в себе недопустимое обобщение – даже если со мной что-то не так и я не слишком хорошо умею завоевать любовь, это ещё не делает меня очень плохим человеком. Третий вывод также неверен (или, по крайней мере, маловероятно, что он верен), поскольку, даже если многие потенциальные партнёры отвергнут меня, это не будет означать, что я никогда не смогу встречаться с тем, кто мне нравится, или жениться на человеке, любовь которого мне хотелось бы завоевать.

Итак, все выводы, сделанные мною, нереалистичны и/или нелогичны; мой психотерапевт может без особого труда продемонстрировать мне это и убедить меня в то, что они неверны и наносят мне вред. Это, однако, будет весьма поверхностным решением проблемы, если мы не коснёмся моих иррациональных безусловных, абсолютистских требований.

В корне ложного Убеждения: «Со мной что-то не в порядке» – лежит требование: вы и все остальные люди, которые меня интересуют, должны любить меня. А если я этой любви не получаю (а, я, безусловно, должен её получать) значит, со мной что-то не в порядке (а этого не должно быть).

Опять же, основная причина, по которой я заключаю: «Я очень плохой человек», – состоит в том, что, желая чьей-то любви, я убеждён, что я должен уметь завоевать её. А раз я не могу добиться того, чего должен добиться, я делаю ошибочный вывод, что я плохой – вместо того, чтобы прийти к здра-

вому заключению, что я – человек, у которого что-то в этот раз не получилось (но это ещё не означает, что я плохой).

Точно также я делаю вывод: «Я никогда не смогу ни встречаться с тем, кто мне нравится, ни жениться ни на одной из женщин, чью любовь мне хотелось бы завоевать», – из-за требования, которое предъявляю к себе. Из-за какого требования? Оно очевидно: я считаю, что должен уметь завоевать любовь; раз это у меня не получилось (как должно было), значит, я никогда, не смогу встречаться с тем, кто мне нравится, или создать семью с человеком, с которым мне хотелось бы.

Итак, РЭТ считает, что основные иррациональные Убеждения, описанные в моих работах, начиная с 1956 года, и в работах других когнитивно-бихевиоральных психотерапевтов, являются производными от сознательных или бессознательных догматических требований. Как правильно сказала Карен Хорни, мы склонны устанавливать для себя «тиранию долженствований». РЭТ считает, что, более того, именно при помощи требований (долженствований) мы в основном создаём собственные эмоциональные нарушения. Не признавая роли этих требований, невозможно надёжно избавиться от вредных иррациональных Убеждений.

4. РЭТ пользуется всеми методами Оспаривания (**D** - disputing) иррациональных Убеждений, которые есть арсенале других когнитивно-бихевиоральных видов психотерапии. Кроме того, РЭТ помогает клиентам избавиться от тех иррациональных Убеждений (**iB**), которые обычно (хотя и не всегда) являются производными от требований. Вот примеры таких **iB**: «Я должен преуспевать и обязан сделать так, чтобы ко мне хорошо относились значимые для меня люди, следовательно: (1) Поражение и неодобрение для меня ужасны; (2) Я не могу переносить неудачи; (3) Раз у меня что-то не получается, значит, я никчемный человек; (4) Меня всегда будут преследовать неудачи, я никогда никому не понравлюсь; (5) Я такой плохой, что не заслуживаю ничего кроме боли и страданий».

Помогая клиентам увидеть и развенчать (оспорить на стадии **D**) свои иррациональные Убеждения, мы одновременно демонстрируем, что они вырастают из требований, и показываем, как от них (этих требований) отказаться. То есть, в отличие от когнитивно-бихевиоральных психотерапевтов других направлений, мы не игнорируем существующие у клиентов абсолютистские требования к себе, к другим людям и к жизни.

...Поскольку когнитивные аспекты РЭТ берут своё начало скорее в философии, чем в психологии, – ведь философы со времён Сократа и Платона активно оспаривали ошибочные идеи своих студентов – я сделал активное оспаривание иррациональных Убеждений составной частью РЭТ ещё в 1955 году. Разумеется, бихевиоральная терапия тоже использует методы активного обучения и демонстрации, поэтому у них я взял её активно-директивную модель в качестве примера. И, наконец, мой шестилетний опыт психоаналитической работы убедил меня в том, что пассивные и недирективные методы не приносят удовлетворительных результатов – нельзя просто сидеть и

ждать, пока клиент поймёт себя и, может быть, в результате этого измениться.

...Я на собственном опыте убедился, что состояние клиентов, с которыми я в течение нескольких лет занимался психоанализом (принесшим минимальные результаты), часто очень быстро улучшалось после того, как я начинал применять РЭТ в работе с ними. Поэтому, несмотря на то, что когнитивно-бихевиоральные психотерапевты обычно гордятся изменениями, которые происходят в результате медленного и осторожного Оспаривания, в РЭТ считается, что многие (хотя и не все) клиенты могут быстро научиться видеть и Оспаривать свои иррациональные Убеждения. По этой причине я, как и многие другие РЭТ-психотерапевты, использую активно-директивные методы Оспаривания, начиная с самой первой встречи с клиентом. Если кого-то из клиентов такая скорость смущает, мы замедляем темп психотерапии до приемлемого. Но делаем мы это только после того, как испробованы все возможные виды Оспаривания.

Использование научного метода в РЭТ

Как уже было сказано, в РЭТ нарушения – по крайней мере, невротические – считаются синонимом абсолютистского, догматического, ригидного мышления. Современную науку РЭТ считает гибкой, готовой уточнять свои взгляды и даже отказываться от них в пользу более правильных. РЭТ не только пользуется научным методом для оценки собственной теории и практики, но и обучает клиентов его применению в своём мышлении и поведении. Мы не считаем, конечно, что наука священна или непогрешима – это не так. Но она является лучшим орудием для распознавания природы нарушений и борьбы с ними.

Соотношение когнитивного, эмотивного и бихевиорального

Некоторые когнитивные психотерапевты, например, Поль Дюбуа и Альфред Адлер использовали в своей работе почти исключительно интеллектуальные техники – такие, как убеждение и обучение. Другие когнитивисты, к примеру, Джордж Келли, работали в основном с эмотивными техниками, скажем, с фиксированной ролевой игрой. Некоторые когнитивно-бихевиоральные психотерапевты – один из них Эммелькамп – в основном прибегали к бихевиоральным методам, например к десенситизации *in vivo*. С самого своего возникновения РЭТ уделяла одинаковое внимание всем трём модальностям (когнитивной, эмотивной и бихевиоральной) и стала первой по-настоящему мультимодальной психотерапевтической школой. Но мы используем мультимодальный подход не из-за того, что, как считает Арнольд Лазарус, технический эклектизм практичен и часто может приносить хорошие результаты. Просто теория РЭТ гласит (как уже было сказано), что мысли, эмоции и чувства неразрывно связаны между собой. ...Теория РЭТ осно-

вана на следующей предпосылке: мышление и эмоции не являются независимыми или отдельными друг от друга процессами; они в значительной степени пересекаются и в определённом смысле – на практике – являются по существу одним и тем же. Так же, как и два других основных жизненных процесса – ощущение и движение, – они неразрывно взаимосвязаны и никогда не существуют отдельно друг от друга.

Другими словами, ощущение, движение, эмоции и мышление не существуют в изоляции. Если человек ощущает или воспринимает какой-то предмет (например, видит палку), он чаще всего одновременно производит какие-то действия (поднимает её, отталкивает или выбрасывает), чувствует (она ему нравится или не нравится) и думает что-то (вспоминает, что видел такую же раньше, что с ней можно сделать). Точно так же, если человек движется, испытывает эмоции или думает, он – сознательно или бессознательно – вовлекается в поведенческие процессы.

Поэтому вместо того, чтобы говорить: «Смит думает об этой проблеме» – правильнее было бы сказать: «Смит ощущает-движется-чувствует-ДУМАЕТ об этой проблеме».

Рациональные психотерапевты считают, что продолжительные негативные эмоции – такие, как депрессия, тревожность, ярость или чувство вины – практически никогда не являются необходимой составляющей человеческой жизни; их можно свести к минимуму, если люди научатся правильно мыслить и, вследствие этого, эффективно действовать. Задача психотерапевта состоит в том, чтобы показать клиентам, как это можно делать.

Преимущества рационально-эмотивной терапии и её ограничения

...Любой из видов психотерапии, включая РЭТ, имеет свои ограничения. Люди от природы склонны создавать свои эмоциональные нарушения – это для них естественно, – поэтому трудно бывает добиться значительных (а тем более радикальных) личностных изменений. Практически никого из клиентов, даже при эффективном использовании РЭТ, не удавалось излечить полностью, хотя состояние многих существенно улучшалось. Дело в том, что люди склонны наносить себе вред, от этой склонности никогда не удаётся полностью и безвозвратно избавиться.

Существуют факторы, ограничивающие эффективность РЭТ (так же, как и любого другого вида психотерапии!). Вот некоторые из них:

1. неадекватные чувства часто бывают столь ярко выраженными, что люди ошибочно считают их неизбежными и неизменяемыми и предпринимают лишь слабые, робкие попытки изменить их;
2. поскольку люди начинают испытывать эти чувства практически сразу после Активизирующего События (А), у них нередко возникает впечатление, что определённые А всегда ведут к определённым С (следствиям), значит, изменить следствие (С) можно только посредством влияния на А;

3. поскольку вредные чувства – такие, как чрезмерная тревога, ярость или чувство вины – иногда имеют положительный результат, люди начинают всегда считать их благоприятными и полезными и возвращать их в себе вместо того, чтобы от них отказаться;

4. поскольку некоторые чувства, например, оправданные осмотрительность и осторожность, граничат с неадекватными негативными чувствами, например, с тревогой и паникой, люди (и психотерапевты) часто путают их и не знают точно, от каких чувств необходимо отказаться, а какие сохранить;

5. некоторые техники РЭТ – например, принятие клиентом ответственности за неправильное поведение без обвинения себя – требуют от клиентов умения проводить весьма тонкие различия, но таким умением наделены не все;

6. клиенты должны быть не младше определённого возраста и обладать определёнными интеллектуальными способностями (а именно, им должно быть не меньше 8 лет и их интеллектуальный уровень должен быть не ниже среднего) для того, чтобы понять и научиться применять РЭТ.

Кроме этого, у большинства людей от природы существует склонность с лёгкостью создавать свои проблемы, но с трудом их решать. ...Спротивление может иметь следующие проявления:

- привычка мыслить, чувствовать и вести себя дисфункционально, от которой трудно отказаться;
- склонность к физической, эмоциональной и интеллектуальной инерции;
- желание получить удовольствие прямо сейчас, любой ценой, не думая о будущем («близорукий гедонизм»);
- совершение некоторых действий и употребление некоторых веществ (таких, как игра на деньги или неумеренное потребление алкогольных напитков), несмотря на их очевидный вред;
- чрезвычайно развитые внушаемость, доверчивость и конформизм;
- тенденция поддаваться подозрительности и панике вместо того, чтобы быть внимательными и осторожными;
- склонность к мании величия;
- приверженность принципу «всё или ничего»;
- нереалистичное мышление;
- желание тянуть время и избегать того, что не нравится;
- часто проявляющееся нежелание быть настойчивым;
- склонность к чрезмерным обобщениям и другим логическим ошибкам;
- бездумность и торопливость;
- склонность создавать свои эмоциональные расстройства, а потом обвинять себя в этом;
- наличие таланта догматического, абсолютистского, жесткого, антинаучного мышления.

Я перечислил здесь лишь некоторые механизмы, помогающие людям противостоять благоприятным переменам.

Но это означает, что люди не могут меняться. Совсем наоборот! Как показали Маслоу, Роджерс, Берн и другие авторы и как сам я неоднократно подчёркивал, практически у каждого человека есть сильное стремление к самоактуализации. Люди думают; думают о том, что они думают; думают о том, что думают, что они думают. Поэтому, несмотря на все преграды, они способны осуществлять существенные мировоззренческие перемены. Иначе в психотерапии (в том числе и в РЭТ) не было бы никакого смысла.

Поэтому я оптимистически смотрю на возможности психотерапии, при этом понимая, что они не безграничны. Это в полной мере относится и к РЭТ.

Несмотря на все ограничения, у РЭТ есть уникальные преимущества, например, следующие:

1. Она может приносить положительные результаты достаточно быстро, поскольку мы стремимся как можно скорее свести к нулю базовые иррациональные Убеждения клиента, а также научить его, как их оспаривать и бороться с ними. Поэтому нам часто удаётся помочь людям (при условии их активности) достичь существенных улучшений в течение 3 – 6 месяцев.

2. РЭТ стремиться работать не только эффективно, но и экономно. Мы стараемся в основном пользоваться теми техниками, которые подходят большинству клиентов – активное оспаривание иррациональных Убеждений, рационально-эмотивные образы, упражнения по борьбе со стыдом и десенситизация *in vivo*. Если эти техники не оказываются эффективными при работе с конкретным клиентом, психотерапевт выбирает из имеющегося в его распоряжении арсенала другие когнитивные, эмотивные и бихевиоральные методы, которые могут подойти для необычного или трудного случая.

3. Несмотря на то, что РЭТ оказывается наиболее эффективной при работе с умными, образованными клиентами, обладающими высоким уровнем мотивации, её можно применять и в упрощенной форме с несложным языком для детей, малообразованных или внутренне сопротивляющихся клиентов. РЭТ применима к гораздо более широкому кругу людей, чем любой другой популярный сегодня вид психотерапии.

4. РЭТ сегодня находит применение не только в обычной психотерапевтической работе – она широко используется в образовании, общении бизнесе. Основные положения и техники РЭТ описаны в многочисленных популярно-психологических книгах. Через эти каналы РЭТ помогает миллионам людей, не получающим или получающим недостаточно психотерапевтической помощи.

5. В отличие от многих других популярных школ психотерапии – например, психоанализа, гештальт-терапии, клиент-центрированной терапии и других, – в рамках которых проведено лишь небольшое количество исследований результатов психотерапевтического воздействия, за РЭТ и КБТ (когнитивно-бихевиоральной терапией) сегодня стоит более 200 экспериментов, результаты которых доказывают их большую эффективность по сравнению с другими видами психотерапии.

А. Эллис

Концепция самооценки ⁶

...Наша концепция отличается от концепций Натаниэля Брандена и большинства других людей, которые неверно, по нашему мнению, утверждают, что человек, высоко оценивающий себя, относится к себе с уважением и является психически здоровым, а человек, ненавидящий себя, болен. Последнее действительно верно, но мы считаем, что и в высокой самооценке нет ничего хорошего. Мы согласны с Карлом Роджерсом, который, считает важным «безусловно положительное отношение».

Сторонникам РЭТ вообще не нравится слово «оценка», поскольку мы считаем, что люди не могут оценивать самих себя. Оценивать любое качество, любое поведение, любое действие можно только в свете ваших целей. Если вы хотите без опасности для своей жизни перейти дорогу, вам следует посмотреть налево и направо и убедиться, что машины не находятся от вас в опасной близости. Если вы хотите, чтобы вас задавила машина, то правильнее будет вообще не смотреть по сторонам. Какая бы цель перед вами ни стояла, если вы планомерно движетесь к ней и в конечном итоге достигаете её, значит, вы вели себя правильно; если же вы действуете во вред себе, своим целям и интересам и, как сказал Альфред Адлер, противоречите интересам своей социальной группы (что, в конце концов, прямым или косвенным образом отразится и на вас) значит, вы ведёте себя неправильно. Но нельзя сказать, что я хороший человек потому, что я правильно себя веду. А именно это на самом деле и говорит Натаниэль Бранден: «Я компетентен, я знаю, что делаю, я вижу себя правильно, значит, я в порядке». Потому что тогда, если вы окажетесь некомпетентным (а это непременно когда-нибудь произойдёт – ведь нет людей непогрешимых), когда вы что-то сделаете плохо или совершите неэтичный поступок, вы снова превратитесь в ничтожество. Своим клиентам я в качестве иллюстрации привожу историю жизни Томаса Игена, которые в 28-летнем возрасте написал роман «Мистер Робертс». Его книга очень хорошо продавалась. По ней поставили фильм, в котором играл Генри Фонда. Автор получил гонорар, исчислявшийся миллионами, и покончил с собой. То же самое сделал другой автор романов – Росс Рокридж. Малькольм Лаури довёл себя до смерти чрезмерным потреблением алкоголя. Все эти люди боялись, что не смогут повторить свой успех.

Поэтому, даже когда вы говорите себе: «...значит, я в порядке», – вы подразумеваете, что должны продолжать добиваться успеха. Как заметил Эрик Берн, говоря, что вы в порядке, вы предполагаете, что не в порядке другие.

⁶ Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – С. 206 – 207.

Вы не сможете по-настоящему принять себя до тех пор, пока не займёте позицию «Я в порядке; ты в порядке», которая радикально отличается от предыдущей. В РЭТ мы говорим: «Все люди в порядке просто потому, что они живут на свете и потому, что они – люди». Но с философской точки зрения это всего лишь допущение, которое очень трудно доказать. Однако на практике оно работает. И всё же мы считаем, что ещё лучше такое философское решение: никто ни «в порядке», ни «не в порядке». Люди могут оценивать свои поступки и дела ради собственного удовольствия – не ради оправдания, а именно ради удовольствия. А себя, свою сущность лучше не оценивать вообще. Пусть человек оценивает только свои поступки и дела – это мы называем принятием себя.

Это почти то же самое, что «Я в порядке; ты в порядке» Эрика Берна, и безусловно положительное отношение Карла Роджерса. Но мы считаем, что безусловному принятию следует учить, поскольку людям очень трудно отказаться от оценивания себя. Я уверен, что люди весьма склонны перескакивать от утверждения: «Я хорошо поступил» – к утверждению: «Я хороший человек» – или же говорить себе: «Я плохо поступил, следовательно, я плохой человек». Поэтому-то их полезно учить стараться не оценивать себя вообще, давая оценку только тому, что они делают. Человек может с полным правом оценивать своё умение жить и сказать себе: «Я умею жить, потому что я живу и радуюсь жизни; а если бы я совсем не мог быть счастливым (а это случается очень-очень редко), тогда жизнь не была бы хороша. Но я – это не только мои качества; я – это я, это цельная личность со всеми её свойствами, поступками и делами, и все они могут меняться. Поэтому мне лучше оценивать только свои поступки, а не себя в целом. Принятие себя означает, что я живу. Теперь посмотрим, как у меня это получится». В РЭТ «Я» или личность вообще не оцениваются – оценка даётся только поведению человека.

А. Эллис

Пересмотр основ рационально-эмотивной терапии (РЭТ) ⁷

Основные человеческие цели и ценности

Для начала позвольте ввести в описание новый символ - **G** (goals), обозначающий цели, ценности и желания, приносимые людьми в **ABC**.

В биологическом и социальном смысле люди – это животные, у которых есть цели. Фундаментальными Целями (**FG** - fundamental goals) обычно являются выживание, относительное отсутствие боли и разумная удовлетворённость. Первичными Целями (**FG** - primary goals) являются счастье и полу-

⁷ Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – С. 216 – 254.

чение удовлетворения: 1) наедине с самим с собой; 2) вместе с другими людьми; 3) вместе с избранными близкими; 4) в плане получения информации и образования; 5) в работе и финансах; 6) в отдыхе. Я согласен с Эпштейном в том, что основными целями, или мотивами, людей у которых есть большие шансы выжить, являются: 1) удовольствие и избегание боли; 2) восприятие и усвоение опыта и, таким образом, поддержание стабильности и целостности систем сбора и ассимиляции информации; 3) кооперация с другими людьми; 4) наличие целостного представления о себе и оценка себя как человека компетентного успешного и достойного любви.

К списку основных целей, составленному Эпштейном я бы добавил следующее: 5) использование суждений, логических принципов и некоторых аспектов научной методологии; 6) успешное решение жизненных проблем и задач выживания, получения удовольствия, избавления от боли и приобретения власти над обстоятельствами; 7) приобретение нового опыта, особенно необычного и стимулирующего; 8) достижение стабильности и безопасности в работе и социальной жизни. Как отмечал Григер, эти цели (которые также могут являться убеждениями и эмоциями) представляют собой контекст, в котором люди воспринимают Активизирующие События, и исходя из которого они оценивают окружающий мир.

Другими словами, похоже, что большинство людей от природы склонны считать, что мир скорее дружелюбен, чем враждебен по отношению к ним; понимать важность окружающего мира и других людей в своей жизни (сюда же относится то, что окружающему чаще приписываются характеристики предсказуемости, контролируемости и справедливости); расценивать окружающих как источник поддержки и счастья, а не беспокойства и страдания; а также считать себя и других способными, добрыми и достойными любви, а не бездарными, дурными и любви не заслуживающими. При столкновении с реальностью, демонстрирующей, что всё далеко не так безоблачно, у людей возникает реакция фрустрации и разочарования, кроме этого, многие впадают в панику, депрессию и ярость, таким образом невротизируя себя.

В соответствии с моей теорией **АВС**, в тех случаях, когда человек соприкасается – или просто думает, что соприкасается – со стимулами, или Активизирующими Событиями (**A**), которые он интерпретирует как способствующие достижению Целей (**G**), обычно он явно или неявно (бессознательно) выбирает для реакции адекватные Убеждения (**B**), что ведёт к положительным Следствиям (**C**). То есть человек по собственному выбору (а не по принуждению) думает (**B**): «Это хорошо! Это Активизирующее Событие (**A**) мне нравится» – и вслед за этим переживает эмоциональное Следствие (**C**), выражающееся в чувствах удовольствия или счастья; при этом поведенческое Следствие (**C**) выражается в попытках повторить это Активизирующее Событие (**A**). Когда тот же самый человек сталкивается с Активизирующим Событием (**A**), которое им воспринимается как препятствующее достижению целей (**G**), обычно он явно или неявно на стадиях **B** и **C** реагирует в манере избегания и отрицания. На стадии **B** он думает: «Это плохо! Это Активизи-

рующее событие мне не нравится», после чего переживает эмоциональное Следствие (С), выражающееся в состояниях фрустрации или несчастья; при этом поведенческим Следствием (С) является избегание или попытки устранить неприятное Активизирующее Событие (А).

Теория личности **АВС** выглядит достаточно простой и ясной; ею так или иначе пользовался Фрейд, назвавший её «принципом удовольствия», да и вообще большинство психологов. Эту теорию предпочитают и теоретики экзистенциализма и гуманистической психологии, не признающие радикально-бихевиористскую теорию обусловливания по принципу «стимул – реакция» и положительно относящиеся к модели «стимул – организм – реакция» из-за того, что в неё включено звено **В**, то есть Системы Убеждений, что оставляет простор индивидуальным различиям и свободе выбора.

Модель АВС в случае эмоциональных нарушений

В применении к неврозам модель **АВС** рационально-эмотивной терапии становится более сложной и противоречивой. В соответствии с гипотезой, в тех случаях, когда осуществлению Целей (**G**) мешают неблагоприятные Активизирующие События (**A**), человек, сознательно или неосознанно, выбирает здоровую (адекватную) или нездоровую (неадекватную) реакцию, выливающуюся в негативное Следствие (**C**). Если Система Убеждений человека рациональна, в неё будут входить установки и философские принципы, помогающие достижению Целей (**G**), а рациональные Убеждения (**rB** – rational Beliefs) будут, в основном, обеспечивать здоровые эмоциональные Следствия (**C**), такие как адекватные чувства печали, сожаления или фрустрации, одновременно способствуя здоровым поведенческим Следствиям (**C**), таким как адекватные ситуации попытки изменить, исправить или отстраниться от Активизирующего События (**A**), которое мешают осуществлению целей (**G**).

Эта модель эмоционального-бихевиорального расстройства всё ещё достаточно проста и ей, как уже было сказано, следует большинство практиков и теоретиков РЭТ и КБТ. Она становится более противоречивой с учётом гипотезы и том, что иррациональные Убеждения (**iB** – irrational Beliefs), или Дисфункциональные Установки (**DA** – disfunctional attitudes), составляющие ядро философских систем, способствующие появлению нарушений, обладают двумя основными характеристиками:

1) в их основе лежат явные или – чаще – скрытые требования и команды, выражающиеся в слове «должен» и в таких фразах, как: «Я должен сделать так, чтобы осуществлению моих важных Целей ничего не мешало!»;

2) производными от этих требований обычно становятся нереалистичные и сверхобобщённые умозаключения и атрибуции, например: «На пути к осуществлению Цели стоят препятствия, от которых я должен избавиться», – следовательно: «Это ужасно (то есть даже хуже, чем плохо)!»; «Я этого не вынесу (то есть не переживу или никогда уже не смогу быть счастливым)!»; «Я ни на что не годен (то есть я такой плохой, что не заслуживаю ничего хо-

рошего)»; «У меня никогда не будет того, что я хочу; мне всегда будет доставаться то, чего мне не хочется (и сейчас, и в будущем)!»

За предъявлением модели **ABC** в РЭТ следует Оспаривание (**D** – disputing) иррациональных Убеждений (**iB**); в результате человек вырабатывает для себя Новую Эффективную Философию (**E** – Effective New Philosophy), то есть систему здоровых Убеждений. Вот примеры таких Убеждений (**B**): «Я предпочёл бы преуспевать и быть любимым, но я этого не должен!» – или: «Мне бы очень хотелось, чтобы окружающие были внимательны и заботливы по отношению ко мне, но они вовсе не обязаны быть такими!» – или: «Мне бы хотелось жить в покое и довольстве, но это не является для меня необходимым!»

Оспаривание (**D** – disputing) иррациональных Убеждений (**iB**) в РЭТ производится, во-первых, когнитивным способом – при помощи специально разработанных вопросов, ставящих под сомнение необходимость того, что человек считает необходимым. К примеру: «Почему я должен добиваться успеха, каким бы желанным этот успех ни был?», «С какой стати ты должен проявлять ко мне внимание, как бы сильно мне этого не хотелось?» Используется, кроме того, эмотивное Оспаривание. Оно может осуществляться с помощью рационально-эмотивных образов, когда человек представляет себе худшую из возможных неудач, после чего чувствует себя, скажем, чрезвычайно подавленным, а затем ему предлагается заставить себя сменить чувство неадекватной подавленности на вполне адекватное чувство досады или сожаления. Кроме того, возможно поведенческое Оспаривание. Например, человек, избегающий в неформальной обстановке, одновременно убеждая себя, что быть отверженным вовсе не так уж ужасно – это всего лишь неудобно.

Более конкретное применение модели **ABC** оказалось успешным в тысячах описанных случаев, и, как уже было сказано, ему посвящены многочисленные исследования. В большинстве из них использовалось когнитивное Оспаривание, а активные, эмотивные и поведенческие методы не применялись. Поэтому я полагаю, что при соответствующей проверке РЭТ покажет себя как ещё более эффективный способ терапевтического воздействия.

Вы можете спросить: если модель **ABC** так хорошо работает, для чего же мне её пересматривать, а тем более усложнять? Ответ таков: я хочу сделать это потому, что в ней опущена довольно существенная информация о человеческом мышлении, чувствах и поведении, при наличии которой мы могли бы нарисовать более подробную и точную картину отношения человека с самим собой и с другими людьми. А это, в свою очередь, помогло бы лучше понять природу личностных преодолений.

Поэтому позвольте мне в следующей главе добавить некоторые (хотя и далеко не все возможные) существенные детали к уже изложенной концепции. В основном я хотел бы подчеркнуть не только то, что мышление, эмоции и поведение, как я уже говорил, взаимодействуют друг с другом что они никогда не бывают независимыми друг от друга, но и то, что элементы моде-

ли **ABC** – **A**, **B**, **C** и **G** – находятся в постоянной взаимосвязи, и все они могут быть представлены как звенья интерактивной цепи.

Взаимодействие между A, B и C

Для начала обратим внимание на **G** – цели. К этой категории я отношу ценности, стандарты, надежды и намерения, которые могут быть биологически предопределёнными (например, потребность в пище), приобретёнными (например, желание «съесть печенье») или же ставшими привычными (например, склонность к перееданию). Самые сильные и неизменные потребности включают в себя когнитивные, эмоциональные, поведенческие и физиологические элементы. Так, потребность в пище является когнитивной («Пища полезна и питательна, поэтому надо её получить»), эмоциональной (так как «хорошая» еда приносит удовольствие, а «плохая» – неудовольствие), поведенческой (включает в себя покупку, приготовление и переживание пищи) и физической (тактильные, вкусовые, обонятельные и зрительные ощущения).

Цели также являются частью модели поведения **ABC**. Так, Цель выжить включает в себя здоровое Убеждение (**B**) в том, что еда желанна, хорошее самочувствие (**C**), когда пищи достаточно, приложение усилий к её поиску и приготовлению (**C**), а также отношение (**B**) к приёму пищи как к положительному или отрицательному Активизирующему Событию (**A**) в зависимости от того, достаточно еды или нет. Цель (**G**) выжить (осознанная или неосознанная) и Цель питаться, чтобы выжить, обычно включают в себя определённые **A**, **B**, и **C**. Точно так же Цель (**G**) прекратить жить (в частности, посредством голодной смерти) включает в себя некоторые **A**, **B**, и **C** – а именно Убеждение (**B**), что есть не следует, чувство (**C**) неприязни к еде и поведение (**C**), выражающееся в отказе от пищи.

Цели (**G**) обычно взаимодействуют с разными видами **A**, **B**, и **C**, а также создают их. Так, цель выжить и принимать пищу, чтобы выжить, во многих случаях оказывает влияние на содержание Активизирующих событий (**A**) (наличие или отсутствие пищи) и Убеждений (**B**), а также участвует в формировании чувств и поведения, касающихся этих Активизирующих Событий (**A**). Человек, испытывающий голод и желание выжить (**A**), будет рассматривать даже древесную кору как пищу (**A**) и будет убеждён (**B**), что даже такая еда питательная; он будет сильно хотеть её (**C**), активно её искать и есть (**C**). Цели (**G**), таким образом, включают в себя и оказывают влияние на мышление, эмоции и поведение, и, конечно же, мысли, чувства и действия часто включают в себя Цели и оказывают влияние на них.

Теперь давайте займёмся Активизирующими Событиями (**A**), в частности, теми из них, которые мешают осуществлению Целей (**G**) и способствуют возникновению нарушений (**C**). Возьмём отсутствие одобрения или любви (**A**); предположим, что для какого-то человека Целью или ценностью является получение одобрения от других людей, поэтому при нехватке одобрения

(А), могут возникнуть следующие В: 1) безоценочное восприятие или наблюдение (например: «Она хмурится»); 2) безоценочные выводы или атрибуции (например: «Она хмурится – наверное, ей не нравится то, что я делаю, а может быть, и я сам»); 3) негативные оценки с указанием предпочтения (например: «Я предпочёл бы нравиться ей, но, несмотря на то, что это не так, я всё же могу принимать себя и быть в меру счастливым»); 4) негативные оценки самого себя (например: «То, что ей не нравлюсь я и моё поведение – ужасно, я не вынесу этого, я глупый и никому не нужный!»).

В таких случаях Активизирующие События (А) и Убеждения (В) взаимодействуют друг с другом и зависят друг от друга. А часто серьёзно влияют на В, и наоборот. Таким образом, если А воспринимается как утрата одобрения, такое Убеждение, как: «Было бы лучше получить одобрение, но это не обязательно» – может бы лучше получить одобрение, но это не обязательно» – может воздействовать на восприятие таким образом, что А будет выглядеть как нечто досадное, тогда как Убеждение: «Я должен получить одобрение, а если этого не произойдёт, я просто ничтожество!» – заставит человека воспринимать А как целенаправленное, жестокое и грубое нападение на него.

Точно так же частота, характер и сила Активизирующих Событий (А), происходящих с человеком, могут влиять на его Убеждения (В). Например, человек, однажды подвергшийся критике, может решить так: «Было бы лучше, если бы то, что я сделал, понравилось; но раз этого не произошло, это всего лишь небольшая неприятность, и я это легко переживу». Однако если человек подвергается постоянным нападкам (А), он может выработать у себя следующее убеждение: «Эта критика (А) несправедлива, её быть не должно! Я не потерплю этого! тот, кто критикует меня – негодяй!».

Далее, Активизирующим Событиям (А) всегда сопутствуют Следствия (С). Вернёмся к нашему примеру. Человек, целью (G) которого является получение одобрения других и который этого одобрения не получает (или полагает, что не получает), как Следствие (С), практически всегда испытывает адекватные чувства разочарования, печали, сожаления, фрустрации, а также предпринимает действия (С) – такие, как обсуждение своей проблемы с кем-то, или изменение поведения, вызывающего неодобрение. Такие Следствия (С) или какие-то другие чувства и поступки почти неизбежно являются спутниками Активизирующих Событий (А), мешающих осуществлению Целей (G).

Практически всем людям присуще стремление превращать взгляды, которых они придерживаются, в непоколебимые догмы. Активизирующее событие (А) – неодобрение окружающих, – воспринимаемое как негативное, оценивается сточки зрения такой догмы (В) и ведёт к неблагоприятным Следствиям (С), выражающимся в чувствах паники, депрессии или ярости, и дисфункциональном поведении, например, в отстранении от действительности, откладывании необходимых действий на неопределённое время, злоупотребление спиртным или проявлениях насилия. Таким образом, негативные Активизирующие События (А) – или то, что Селигман называет бедст-

виями, – почти всегда сопровождаются адекватными эмоциями и поступками, а часто и разрушительными чувствами и поведением.

Следствия (С), кроме того, существенно влияют на Активизирующие События (А) и даже формируют их. Например, женщина, испытывающая ужас и ненависть к себе из-за того, что от неё «ушёл» мужчина, вполне может видеть (или интерпретировать) его действия как «уход» (А), в то время как он всего лишь занят чем-то, не имеющим к ней отношения. Более того, этот «уход» (А) может ужасать (С) её настолько, что она, защищаясь, будет искажённо видеть (или интерпретировать) его поведение на стадии А (безразличие или отстранённость) как выражение привязанности к ней.

У Активизирующих Событий (А) так же, как у Убеждений (В) и Следствий (С), если не всегда, то почти всегда имеются когнитивные, эмоциональные и бихевиоральные аспекты. Активизирующие События (А) могут казаться объективными безличными фактами; например, вы хотите быть здоровым (G), но попадаете под машину и ломаете ногу (А). Однако, если А (происшествие) ведёт к В (тому, что вы думаете о нём) и С (эмоциональным и поведенческим следствиям), вы каким-то образом должны «объективно» воспринимать (осознать) то, что с вами произошло. В связи с происшедшим вы будете что-то переживать (чувствовать) и как-то вести себя (действовать). То, что произошло, возможно, произошло просто так, потому что такие вещи случаются. Но поскольку это произошло с вами, человеком, который думает, чувствует и действует, то во всём происходящем принимают участие ваши мысли, чувства реакции. Даже если вы в результате несчастного случая оказываетесь в коме, как только Вам удастся из неё выбраться, вы начинаете когнитивно, эмоционально и поведенчески реагировать на происшедшее. Только в том случае, если вы умираете (во время А или сразу после него), вы не реагируете на то, что произошло. И уже, скорее всего, никогда не отреагируете! Итак, А – это Активизирующее Событие, происходящее с человеком, к которому человек добавляет когнитивные, эмоциональные бихевиоральные элементы. Люди по своей природе – феноменалисты и конструктивисты, потому они и способны осознавать происходящее.

Как мы уже отмечали, Убеждения (В) часто оказывают сильное влияние на А. Кроме того, они – по мнению теории АВС рационально-эмотивной терапии и других терапевтических школ когнитивно-бихевиоральной направленности – находятся в отношениях взаимосвязанности и взаимозависимости с С. Так, предпочтительные В, например: «Я очень хотел бы, чтобы такой-то любил меня, но это не является для меня необходимостью» – обычно вызывают адекватные чувства печали и фрустрации, если человек чувствует, что его не любят; а негативные В, например: «Мне совершенно необходимо, чтобы такой-то меня любил, иначе я ничего не стою» – обычно ведут к неадекватным чувствам паники или депрессии.

В то же время, Следствия (С) часто влияют на Убеждения (В). Так если человек чувствует себя подавленно (С) после того, как его отвергли (А) избегает общения со всеми, кто в принципе может его отвергнуть (С), он может

придумать такие **В**, как: «Такой-то дурак, с ним не стоит сблизаться», или «Я запросто найду людей, которые лучше, чем такой-то», или «Я не нравлюсь ей, потому что она мне завидует».

Почти так же, как **G** и **A**, **B** (системы Убеждений) являются когнитивными, эмоциональными и бихевиоральными, хотя на первый взгляд может показаться, что они являются феноменами исключительно когнитивного и философского порядка. Так, если вас сбила машина, у вас может существовать как адекватное Убеждение («Мне это нравится!»), так и Убеждение неадекватное («Этого не должно было случиться, и то, что это всё-таки произошло – ужасно!»). И на одно, и на другое Убеждение сильно влияет испытываемое вами чувство боли; и когда Убеждения ведут к фрустрации и ужасу, эти чувства в качестве обратной связи «подтверждают» Убеждения. В дело вмешиваются и поведенческие компоненты. Убеждение: «Мне это не нравится!» – предполагают, что вы скоро что-то сделаете для того, чтобы вылечить перелом и избавиться от боли, а Убеждение: «Этого не должно было случиться, и то, что это всё-таки произошло – ужасно!» – предполагает, что вы предпримите что-то по поводу происшествия – будете жаловаться, подадите в суд, ляжете в больницу. Как уже говорилось выше, у вас возникают мысли по поводу Активизирующих Событий. Но у людей одновременно с оценкой событий возникают чувства и порождаются действия; мысли могут предшествовать чувствам и действиям, которые затем, с интервалом буквально в доли секунды, сами воздействуют на мышление. Поэтому практически невозможно мысленно оценить какое бы то ни было Активизирующее Событие, не испытывая при этом эмоций и не предпринимая действий (или не оставаясь сознательно в бездействии).

Пол Вудс предлагает неврологическую интерпретацию того, как взаимодействуют **A**, **B** и **C**. Согласно его точке зрения, Активизирующие События (**A**), включают в себя:

- Внешние события
- Энергию стимула, передающуюся этими внешними событиями
- Активность в сенсорной области мозга (ощущение стимула)
- Активность в сенсорной ассоциативной области мозга (интерпретация ощущения)

Системы Убеждений (**B**) обычно «хранятся» в кортикальной области мозга, где пережитое связывается с системой Убеждений и оценивается. Следствия (**C**) состоят из эмоциональных и поведенческих реакций на **A** и **B**.

Итак, с неврологической точки зрения, ощущения, которые мы интерпретируем на стадии **A**, влияют на наши эмоциональные поведенческие реакции на стадии **C**; но верно и обратное: наша интерпретация ощущений на стадии **A** также влияет на наши эмоциональные и поведенческие реакции на стадии **A**, воздействуют на кортикальную область (где пережитое связывается с системой убеждений и оценивается), а накопленный опыт пережитого и его оценки, «хранящиеся» в кортикальной области, взаимодействуют с интерпретацией ощущений на стадии **A** и влияют на нее.

И, наконец, опыт пережитого и оценки (**В**), хранящиеся в кортикальной области мозга, влияют на эмоциональные и поведенческие реакции на стадии **С**, а реакции стадии **С** влияют на формирование опыта и оценок.

АВС в межличностных отношениях

Как видно из приведенных примеров, взаимоотношения и взаимовлияние между компонентами систем **АВС** (как нормально функционирующих, так и дисфункциональных) многочисленны, а количество возможных проявлений этих взаимоотношений почти бесконечно; то же самое можно сказать и о взаимодействии между системами **АВС** близких друг другу людей. Как было показано мною и моими соавторами в книге «Рационально-эмотивная терапия при работе с супругами» (1989), **С** одного человека может оказывать сильное влияние на **А** другого. К примеру, когда муж критикует жену (**А**), она может сказать себе: «Негодяй! Он не имеет право быть таким критичным!» – и отреагировать на критику приступом ярости (**С**). Муж же может расценить ее ярость как негативное Активизирующее Событие и ответить на него депрессией (**С**). Жена может увидеть в депрессии негативное Активизирующее Событие (**А**) и испытать в ответ чувства вины и жалости к себе (**С**). И так до бесконечности!

При близких отношениях между двумя людьми их **А** могут сильно влиять на их **В** – а **В**, в свою очередь, влиять на **А**. Так, в приведенном выше примере то, что муж постоянно критикует действия жены, может заставить ее интерпретировать критику, как направленную против нее самой и выработать Убеждение (**В**); «Он ненавидит меня!». Ее высказывание (ее **С**): «Ты ненавидишь меня, негодяй!» – может повлечь за собой дальнейшую критику и физическое нападение со стороны мужа (его **С2** и ее **А2**). Вследствие этого жена может прийти к выводу: «Ну, вот! Теперь я точно знаю, что он меня ненавидит!» (ее **В2**), – а затем подать заявление на развод (ее **С2**).

Таким образом, взаимодействия между системами **АВС** двух людей могут иметь самые разнообразные проявления, а в семье, состоящей из трех и более человек, они могут усложняться практически до бесконечности. Это не означает, что взаимодействия между **АВС** разных людей автоматически заканчиваются психологическими нарушениями; не означает это и того, что терапевт с клиентом обязаны выявить и объяснить все факты, касающиеся этого взаимодействия. В возникновении психологического нарушения обычно участвуют мысли, чувства и действия, в основе которых явно или скрыто лежат требования и представления о должностовании.

Предположим, к примеру, что женщину постоянно критикует ее муж (**А1**). Она может сказать себе, исходя из рациональных соображений: «Мне не нравится его отношение ко мне; думаю, надо поменьше с ним общаться» (**В1**), – при этом у нее возникнет адекватное чувство досады, и она прекратит сексуальные отношения с мужем (**С1**). Но у нее может возникнуть и другое рациональное Убеждение: «Я думаю, что неправильно прекращать сексуаль-

ные отношения с мужем» (**B2**), – поэтому у нее возникнут адекватные чувства печали и сожаления (**B2**) относительно плохого поведения мужа (**A1**), относительно ее собственной мысли о том, чтобы поменьше с ним общаться (**B1**) и относительно прекращения сексуальных отношений (**C1**). При таком сценарии развития событий ее мысли, чувства и поведение, согласно теории РЭТ, не будут считаться невротическими.

С другой стороны, она, заметив критическое отношение мужа, может снабдить свои разумные предпочтения иррациональными представлениями о должностовании и сказать себе: «Он не должен так критиковать меня; раз он это делает, он негодяй!» (**B**) – и почувствовать неадекватную разъяренность и желание убить супруга, что может привести к реальному нападению на него с ее стороны (**C1**). Замена предпочтения (нежелания, чтобы **A** происходило) требованием становится невротизирующим фактором и вызывает к жизни совсем другие чувства и способы поведения (**C1**).

Эта женщина может усугублять свое невротическое состояние, добавляя в качестве вторичного дестабилизирующего фактора понятие «должна» к **A1**, **B2** и **C1**. Так, она может настаивать на следующем: 1) «Я не должна позволять мужу критиковать меня!» (**A1**); 2) «Я не должна считать его негодяем!»; и 3) «Я не должна хотеть убить мужа и нападать на него!». Добавляя эти требования к своим исходные **A**, **B** и **C**, женщина легко может начать испытывать тревогу и депрессию по поводу своей тревоги, и вторичные дестабилизирующие факторы могут приобрести большее значение, чем первичные!

В то же время муж может отрицательно относиться к **A**, **B** и **C** своей жены и, подходя к происходящему с рациональной позиции, хотеть или предпочитать, чтобы жена не считала его суровым критиком (ее **A**), не думала, что он негодяй (ее **B**), не приходила в ярость и не бросалась на него (ее **C**). Или же он может, будучи склонным рассматривать ситуацию с иррациональной точки зрения, требовать, чтобы жена не переживала свои **A**, **B** и **C**, приходя в состояние тревоги, депрессии и ярости.

Другими словами, если муж и жена хорошо понимают как свои **ABC**, так и **ABC** супруга, они более ясно видят, что происходит (включая и то, что происходит благодаря их собственным усилиям) в их взаимоотношениях. То же самое верно и в отношении психотерапевта. К тому же, как гласит подтвержденная практикой теория **ABC**, для того, чтобы понять суть нарушений, людям необходимо иметь ясное представление о существующих у них предпочтениях и требованиях, предъявляемых ими как к своим когнитивно-эмотивным **ABC**, так и к **ABC** другого человека. Если их собственные **B** имеют характер предпочтения (адекватны), нарушения, скорее всего, не произойдет; если же они «обязумны» (неадекватны) – вероятность нарушения весьма высока.

После такого моего утверждения может возникнуть впечатление, что я возвращаюсь к старой РЭТ, в которой Убеждения (**B**) играли решающую роль в формировании неблагоприятных Следствий (**C**). Это отчасти верно.

Но я возвращаюсь еще и к исходной концепции РЭТ, которая рассматривала мышление и ощущения во взаимосвязи, как процессы скорее взаимно переплетенные, чем независимые (1962). Обычно, называя **В** Убеждениями, я и рассматриваю их как таковые; однако при наличии эмоциональных и поведенческих Следствий, с которыми они теснейшим образом взаимодействуют, Убеждения становятся явлениями когнитивно-эмотивного порядка.

Как показал Абельсон, мысли могут быть «холодными» и «горячими»; я добавил к этому, что они бывают еще и «теплыми». В вышеприведенном примере муж, когда его жена была в ярости, мог выбирать между мышлением в трех разных плоскостях: 1) «Я вижу, что жена разъярена» («холодная» мысль); 2) «Мне не нравится, что жена в ярости. Как бы мне хотелось, чтобы она вела себя по-другому... Досадно, что она в таком состоянии» («теплые» мысли-чувства);

3) «Мне отвратительно ее поведение! Она не должна бросаться на меня! Какая гадина! Я убью ее!» («горячие» мысли-чувства). В «холодных» мыслях если и присутствуют чувства, то их очень мало. «Теплые» мысли содержат в себе оценку «холодных», которая может варьировать от слабой до ярко выраженной, а оценка включает в себя чувства, которые также могут быть как слабыми, так и ярко выраженными. «Горячие» мысли предполагают наличие очень отчетливых чувств, от сильных до очень сильных.

С так же, как **G**, **A** и **B**, включают в себя сильные эмоциональные и поведенческие элементы, взаимодействующие с такими же сильными когнитивными элементами. Так, если вас сбила машина, вы при этом сломали ногу, чувствуете боль (**A**) и говорите себе: «Этого не должно было произойти! Это ужасно!» – вы не только совершаете определенные действия (например, жалуетесь и отправляетесь в больницу) на стадии **C**, вы еще и чувствуете себя недовольным и злым, да в придачу не перестаете думать о своем несчастном случае. Кроме того, у Вас могут появляться жалость к себе, параноидальные и суицидальные мысли, чувства депрессии и отчаяния, жажда мести и т.д. Вы всегда остаетесь человеком, реагирующим на Активизирующие События.

Если все, сказанное мною до сих пор, верно, значит, то, что мы называем личностью, относится к человеку – к индивиду. Так уж устроен человек, так уж он себя ведет – когда последовательно, а когда и нет. Для того, чтобы понять человека, надо понять окружающий его мир, или Активизирующие События, потому что мы всегда живем среди того, что нас окружает, и мы, насколько можно судить, никогда не существуем исключительно в себе, сами по себе или для себя. Более того, мы реагируем на окружающее так же, как и на самих себя, физически и эмоционально, биологически и психологически. Наши эмоциональные и психологические реакции выражаются в мышлении, эмоциях и поведении. Такова наша природа. Мы можем вычленить наши мысли, чувства и поступки, как если бы они были отдельными, независимыми друг от друга процессами; но в действительности они очень редко являются таковыми. Так или иначе, как я сказал еще в 1956 году: «Мышление и эмоции ... иногда (хотя и не во всех случаях) становятся по существу одним и

тем же – мысль превращается в эмоцию, а эмоция – в мысль». Приятно сознавать, что многие специалисты в области когнитивно-бихевиоральной терапии приняли эту точку зрения.

Использование модели ABC в психотерапии

Понимание наших мыслей, чувств и поступков, их интегральной и целостной взаимосвязи, не является достаточным условием построения работающей и эффективной психотерапевтической теории. Неизменно возникает вопрос: есть ли среди этих процессов (при условии, что мы в принципе можем провести между ними черту) те, что больше других ответственны за возникновение нарушений в психике; те, на которые можно было бы эффективно повлиять для осуществления серьезных, всеобъемлющих и долговременных личностных изменений, для достижения того, что мы называем нормальным функционированием личности или психическим здоровьем?

Как показывают клинические наблюдения и исследования последнего столетия, психотерапевт может помочь своему клиенту изменить мысли, чувства и поступки и по-настоящему сконцентрироваться на одном, двух или всех трех процессах одновременно, что во многих случаях способствует кратковременным или долговременным личностным переменам. До сих пор не удалось доказать, что какой-то один из сотен психотерапевтических методов обладает несомненным превосходством перед другими. Рационально-эмотивная теория (наряду с когнитивно-бихевиоральной) заняла интегративную позицию, в которой подчеркивается важность активно-директивного использования разнообразных когнитивных, эмотивных и бихевиоральных методов при работе практически с каждым клиентом. Однако пропорции, в которых РЭТ использует методы прямого и косвенного воздействия, сотрудничества и директивы, убеждения и домашней работы, когнитивные и эмотивные методы, при работе с разными клиентами могут различаться, поскольку каждый человек индивидуален, он в чем-то похож на других, а в чем-то – совсем не такой, как все.

Позвольте мне закончить эту главу на довольно спорной и противоречивой ноте. Поскольку человек есть человек, поскольку мышление является для него более важным процессом, чем для других живых существ, я предполагаю, что определенные когнитивные терапевтические методы могут тщательнее и искуснее помочь многим (но не всем!) клиентам достичь более быстрых, более полных и более долговременных личностных изменений, чем техники с меньшей долей когнитивного – это в особенности относится к клиентам, страдающим неврозами (в отличие от находящихся в пограничном состоянии или больных психозами). Более того, как справедливо напомнил мне Рассел Григер (в личной беседе), когнитивная модальность: 1) присуща исключительно человеку; и 2) оказывает наибольшее влияние на процессы межличностного общения из всех модальностей человеческой психики.

Да, я прекрасно понимаю, какие сложности влечет за собой выдвижение подобной гипотезы. Согласно сказанному мной выше, то, что мы называем когнитивным, ни в коей мере не является исключительно интеллектуальным, но часто включает в себя сложные эмоциональные и моторные процессы. К тому же особые когнитивные методы, о которых я расскажу далее, всегда включают в себя эмоциональные и бихевиоральные элементы и не являются чисто интеллектуальными или философскими. Поэтому в следующих моих утверждениях есть нечеткие термины, которые могут быть неоднозначно истолкованы, и это может ослабить мои аргументы. И, тем не менее, я вступаю на этот тернистый путь!

Во-первых, хочу упомянуть один важный аспект модели **ABC**, который часто упускают из виду и который был ясно виден одному из моих наблюдательных клиентов. Работая с этим человеком, которому в течение пяти лет психоанализа не удалось избавиться от сильного хронического страха, я все время подчеркивал, что люди, в основном, сами создают свои иррациональные Убеждения (**iB** — irrational Beliefs), а не получают их в наследство от родителей. По поводу Активизирующих Событий своей жизни (в его случае – постоянная критика и оскорбления) они вырабатывают рациональные Убеждения (**rB** – rational Beliefs) (например: «Я поступаю плохо и получу за это порицание – жаль...») и иррациональные Убеждения (**iB**) (например: «Я не должен плохо поступать, я должен радовать родителей и значимых для меня людей, а иначе я дурной человек!»).

Иррациональные Убеждения (**iB**), как я покажу в этой главе, будучи когнитивными, все время взаимодействуют с эмоциональными и бихевиоральными компонентами, оказывая взаимное влияние друг на друга. Но, поскольку люди создают свой язык и символику, поскольку они говорят сами с собой, эмоциональные и бихевиоральные компоненты часто оказываются символически закодированными в виде «горячих» мыслей – таких, как (в случае вышеупомянутого клиента): «Я ничтожество! Я не могу выносить неодобрения со стороны других! Я должен стать богатым, чтобы доказать, что мои родители ошибались и что я заслуживаю счастья!»

Такие **iB** по большей части являются реакциями на неблагоприятные Активизирующие События (**A**), имевшие место как в детском, так и в более позднем возрасте. Но, воспроизведенные и повторенные много раз, они превращаются в Базовую Философию, которая представляется и ощущается как абсолютно верная, несмотря на то, что она может состоять всего лишь из ложных предположений. Как хорошо сказал мой клиент: «Сперва **B** следует за **A**, но потом оно оказывается впереди **A** и применяется к новым **A**».

Я сразу же с ним согласился. «Вот именно. Сначала **B** появляется или выстраивается – особенно это касается разрушительных представлений о долженствовании – по поводу **A**. Но затем, если его повторять и вести себя так, будто оно является истинным, оно превращается в Базовую Философию, которую мы впоследствии и применяем к **A**. Делая это, мы часто искажаем и изменяем **A**, например, кто-то всего лишь делает нам небольшое замечание, а

мы сразу же приходим к выводу, что этот человек окончательно и бесповоротно отверг нас».

В дальнейших беседах с клиентом мы выяснили, что «горячие» мысли, закодированные нами в Убеждения (В), часто превращаются в Базовые Философские Предположения – в то, что Келли назвал дисфункциональными личностными конструктами – становясь фактически краеугольными камнями нашей жизни. Они существенным образом влияют на наши Цели (G), Активирующие События (А) и Следствия (С). Они даже, согласно РЭТ, влияют на характер производных Убеждений. Так, основное иррациональное («обязумное») Убеждение моего клиента («Я не должен плохо поступать; я должен радовать родителей и значимых для меня людей!») привело его к выводу: «Раз я часто поступаю плохо и расстраиваю родителей и значимых для меня людей, значит, я ничтожество! Я не заслуживаю счастья! Я должен превосходить других. Я не вынесу поражения! У меня никогда ничего не получится!» И так далее...

Почему людям часто бывает так трудно оказаться от тех «должен» и «обязан», которые они сами для себя принимают или создают и с помощью которых они сами себе наносят вред? Ответ таков: все дело в особой природе этих «должен» и «обязан», где когнитивные, эмотивные и поведенческие элементы теснейшим образом взаимосвязаны.

С когнитивной точки зрения, эти требования («долженствования») носят характер абсолютности и необходимости, например: «Всегда и при любых обстоятельствах я должен быть компетентным!», «Я должен, несмотря ни на что, все делать хорошо!», «Если я что-то сделаю плохо, а этого не должно произойти ни за что, это будет катастрофой, лучше уж пусть я умру, потому что Счастья в моей жизни никогда после этого не будет!».

С эмотивной точки зрения, требования, при помощи которых люди наносят себе вред, очень прочно укореняются и состоят они из того, что Абельсон называет «горячими мыслями». Вот несколько примеров: «Я непременно должен все делать очень хорошо!», «Поскольку отношения с этим человеком – самые важные отношения в моей жизни, я обязательно должен вести себя достойно!», «Раз я так сильно хочу есть, я должен есть без конца, чтобы утолить голод!», «При неудаче я так тревожно себя чувствую, и это доказывает, что я должен добиваться успеха!».

С поведенческой точки зрения, люди крепко держатся требований, ведущих к нарушениям, и постоянно практикуют и закрепляют образцы поведения, вызываемые этими требованиями. Примеры: «Из-за того, что я так нуждаюсь в твоей любви, я никогда не смогу тебя оставить. Я должен умолять тебя полюбить меня, я не могу прекратить преследовать тебя. Это ведь доказывает, что я действительно тебя люблю и что ты должна быть моей!»; «Каждый раз, когда мне поднимают зарплату, я подпрыгиваю от радости; значит, я должен продолжать получать прибавки к жалованию».

Догматические требования часто включают в себя составные Убеждения, одновременно имеющие сильные когнитивные, эмотивные и бихевиоральные

элементы. Например: «Я должен преуспеть и таким образом заслужить твое одобрение, иначе я буду просто болваном, а моя жизнь станет сплошным ужасом и кошмаром. Я никогда уже не добьюсь ничего и не получу одобрения, так что лучше уж мне будет застрелиться! К тому же, если у меня ничего не получится и ты не похвалишь меня, я буду чувствовать такую страшную тревогу и подавленность, а я просто не выношу этих чувств, и если они появятся, я буду ничтожным придурком!».

У императивных требований часто имеются сильные эмотивные и бихевиоральные компоненты, способствующие их укреплению и ведущие к неблагоприятным когнитивным, эмотивным и бихевиоральным последствиям, которые сами по себе требуют внимания, поглощают большое количество времени и сил, уводят людей от оспаривания этих требований и вдохновляют на создание дополнительных неблагоприятных (с когнитивно-эмотивной точки зрения) требований. К примеру: «Я не должен думать иррационально и чувствовать себя тревожно и подавленно, когда все-таки так думаю! Я не выношу этих требований и результатов, к которым они приводят! Мне слишком трудно бороться с ними и отказываться от них — на самом деле я не могу отказаться от них! Я просто ничтожество оттого, что не могу остановить этот поток ужасных мыслей и чувств!»

Императивные, безусловные требования, таким образом, неминуемо являются когнитивными, эмоциональными и поведенческими и ведут к неблагоприятным мыслям, ощущениям и поступкам, по поводу которых, в свою очередь, возникают дополнительные неблагоприятные мысли, ощущения и поступки и которые мешают трезвому взгляду на требования, их Оспариванию (**D**) и ослаблению. Неудивительно, что так называемый интеллектуальный инсайт и Оспаривание (**D**) обычно не слишком-то помогают людям отказаться от своих сложных требований! Поэтому-то РЭТ настоятельно рекомендует своим клиентам и другим людям с невротическими расстройствами включать в процесс Оспаривания требований и команд разнообразные когнитивные, эмотивные и бихевиоральные методы воздействия.

В свете всего изложенного ясно, что РЭТ до сих пор считает, что разветвленные догматические, абсолютистские и императивные требования, являются, возможно, самым главным фактором невротического расстройства. Но обновленная теория РЭТ гласит, что эти требования не являются только интеллектуальными, когнитивными или философскими, они также носят ярко выраженный эмоциональный и поведенческий характер и являются интегральной частью Целей,

Активизирующих Событий, Убеждений и неблагоприятных Следствий, когда они становятся – или сами себя делают – невротическими.

Если иррациональные Убеждения (**iB**) хранятся как в сознании, так и в подсознании, и часто являются весьма упорными, как предполагает РЭТ, то клиенту и психотерапевту необходимо выводить их на поверхность, демонстрировать их разрушительную силу и производить на них постоянную массивную атаку. Поскольку эти Убеждения (**B**) и их Следствия (**C**) являются

ся когнитивными, эмоциональными и поведенческими, в РЭТ используется множество мыслительных, эмоциональных и поведенческих техник их изменения. Но эти техники в основном применяются для того, чтобы помочь клиентам совершить коренной переворот в своих философских системах, и в особенности для того, чтобы заменить их жесткий «обязумный» способ мышления на другой – обозначающий предпочтения и направленный на поиск альтернативы.

Мы поощряем творческое и изобретательное мышление клиентов, в противоположность следованию идеям и предписаниям психотерапевта с тем, чтобы в идеале они становились более независимыми и менее догматичными и чтобы в будущем они были более гибкими и менее подверженными предрассудкам. Научившись находить альтернативы и менять свой взгляд на жизнь, они будут продолжать строить особые философские системы и придумывать гибкие решения проблем, что поможет им избежать поведения, разрушительного для самих себя и для общества; им будет открыт путь к максимальной реализации своих возможностей и к тому, чтобы помогать в реализации возможностей другим людям.

Кроме того, РЭТ считает чрезвычайно важными целостный взгляд на взаимопроникновение мышления, эмоций и поведения и сильное и сложное взаимодействие между Активизирующими Событиями (А), Убеждениями (В) и эмоциональными и поведенческими Следствиями (С), проявляющееся как у здоровых, так и у нездоровых людей. РЭТ также подчеркивает важность осуществления изменений в философской системе человека. Сейчас мне, как никогда, ясно, что эти изменения носят ярко выраженный когнитивный, эмоциональный и поведенческий характер. Это означает, во-первых, что человек, которому удалось их осуществить, и дальше будет мыслить гибко и в терминах предпочтений, а не ригидно и «обязумно». Во-вторых, он будет вовлечен в научное осмысление отношений с самим собой, окружающими и миром, и откажется от предрассудков. Это означает, что он будет последовательно и непреклонно сражаться против когнитивно-эмоциональной ригидности, за независимость мышления.

... Многие люди ошибочно ставят знак равенства между рациональным и неэмоциональным. Однако рациональное – как я определяю его в РЭТ – значит уместно эмоциональное – то есть, когда что-то не ладится, вы чувствуете уместные печаль, досаду, сожаление, а когда все в порядке, вы чувствуете уместные радость и удовольствие. Используя РЭТ, вы не будете чувствовать неуместный ужас, когда что-то у вас не выходит. Я и сейчас считаю и могу подтвердить это фактами, что чувства и поведение людей, общающихся с собой при помощи абсолютистских требований и команд, радикально отличаются от чувств и поведения людей, которые дают самим себе право выбирать.

Рационально-эмотивная терапия часто неправильно понимается из-за того, что я, может быть, к несчастью, использовал в ее названии слово «рациональная». Много лет назад я хотел назвать ее реальность-терапией. Но потом я сказал себе: «Практически любая терапия пытается помочь клиенту войти в

контакт с реальностью. Было бы наглостью с моей стороны назвать РЭТ реальностью-терапией». Поэтому я оставил название «рационально-эмотивная терапия». Но слово «рациональная» часто вызывает у людей у людей такие ассоциации, которых оно не вызывает у меня. В РЭТ оно в основном означает способность помочь самому себе и социальную конструктивность. Следовательно, РЭТ не только рационально, логично и последовательно показывает людям, как расправляться с догматическими требованиями к себе, она, кроме того, еще и является совокупностью сильнодействующих эмотивных, пробуждающих творчество техник. Возможно, РЭТ – самый эмотивный из всех видов когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Такая высокая степень эмотивности неслучайна, поскольку, как показывают наблюдения РЭТ-терапевтов, люди весьма горячо отстаивают свои предрассудки ... Выступающие горячо привержены своим предрассудкам и ни за что не согласны от них отказаться. Если клиентам нужна помощь (давайте допустим, что обычно они приходят к нам за помощью), то психотерапевт не может просто вести себя спокойно, сдержанно и мило. Подобный терапевтический подход, конечно, часто приносит клиентам удовольствие и помогает почувствовать себя лучше. Однако им не станет по-настоящему лучше, если психотерапевт не покажет, как можно энергично и эмотивно избавиться от приверженности своим требованиям – ведь эти требования так прочно укореняются благодаря постоянному «подтверждению». Вред дисфункциональных убеждений заключается в их силе, а не только в их алогичности.

Доктор Минухин упомянул о том, что я «подталкиваю» клиентов – да, я это делаю. Я это делаю, в некотором смысле, вслед за Альфредом Адлером, который был блестящим когнитивным психотерапевтом и который тоже воодушевлял и подталкивал людей. Я делаю то же самое. Я подталкиваю людей потому, что считаю (и это может показаться странным), что психотерапия – это, в большой степени, обучение. Взаимодействие с клиентом направлено на то, чтобы научить его помогать самому себе. К несчастью, люди часто не хотят отказаться от своих дурацких убеждений. Поэтому, если их не подталкивать, а нянчить, они будут чувствовать себя хорошо, но не будут стараться измениться.

Для того, чтобы помочь человеку измениться, его часто надо толкать, толкать и толкать; и при этом надо использовать все возможные модальности, включая (здесь, я думаю, я согласен с доктором Минухиным) личность самого психотерапевта. Если психотерапевт мягкотел и ведет себя как вожакий бойскаутов (а так ведут себя многие психотерапевты), я не думаю, что его работа пойдет на пользу. Не используя силу своей личности, не подталкивая, вы не сможете помочь тем, кто изо всех сил толкает в неверном направлении. Вы далеко не уйдете, если не будете использовать все мыслимые и немыслимые когнитивные, эмотивные и бихевиоральные техники!

... РЭТ считает, что «рациональное» значит «логичное», что на любой вопрос существует какой-то реалистичный и рациональный ответ, который известен психотерапевту и неизвестен клиенту, а также, что психотерапевт

дает клиенту этот «рациональный» ответ. Если психотерапевт не в состоянии разглядеть того, что клиент наносит вред самому себе, если он не может понять, что клиент думает иррационально, испытывает неадекватные чувства, совершает дисфункциональные поступки, выводящие его из равновесия – тогда этому психотерапевту лучше переквалифицироваться в землекопы!

Дело не в том, что психотерапевт знает, что рационально, а что – нет, а клиент этого не знает. Клиент может подходить ко многим вещам более рационально, чем психотерапевт. Иногда мне в качестве клиентов попадаются профессора, преподающие логику, у которых дела с этой наукой обстоят намного лучше моего. Но они убеждены, что если они плохо прочтут лекцию – а они этого сделать ни в коем случае не должны – значит, они никуда не годятся. Я не спорю с ними по поводу логики; они разбираются в ней лучше, чем я. Я им просто говорю: «Когда Вы плохо читаете лекцию, нет нужды доказывать, что это печально и досадно, потому что своим желанием сделать все хорошо вы превращаете неудачу в событие печальное и досадное. Вы же хотите доказать – или опровергнуть, – что вам необходимо преуспеть для того, чтобы не оказаться никуда не годным созданием». До сих пор ни одному из них не удалось продемонстрировать мне ни того, что нечто является абсолютно необходимым, ни того, что, если это нечто не произойдет, последствия будут такими ужасными, как они себе это представляют!

В РЭТ оспариваются только те нереалистичные или иррациональные Убеждения, которые идут вразрез с собственными интересами клиента. Но нас интересует не только логичность. Мы применяем многочисленные когнитивные, эмотивные и бихевиоральные техники оспаривания. Я утверждаю, что у невротиков (в отличие от тех, кто находится в пограничном состоянии, и от психотиков) почти всегда присутствует «тирания долженствований», как точно назвала ее Хорни в 1950 году. Эту идею я позаимствовал у нее. Но я думаю, у нее не было хорошего метода, который помогал бы людям избавляться от этих довлеющих над ними долженствований. РЭТ же не только показывает людям, что у них есть непомерные требования к самим себе («Я должен все делать хорошо!», «Ты должен ко мне хорошо относиться!», «Жизнь должна давать мне то, чего я хочу!»), она также учит, как от них отказаться. А если они не хотят этого делать, им предоставляется полная свобода продолжать жить со «съехавшей крышей!».

Использование РЭТ при работе с детьми и (или) подростками

Исходно предполагалось, что РЭТ будет использоваться при работе со взрослыми, но ее могли использовать и родители, и со временем многие взрослые стали применить РЭТ к своим детям. Они рассказывали мне о том, как им удавалось отучить способных детей даже четырехлетнего возраста от привычки требовать и командовать и что это способствовало улучшению эмоционального состояния и поведения детей.

В 1966 году я написал книгу об использовании РЭТ в семейной и детской психотерапии под названием «Как вырастить эмоционально здорового, счастливого ребенка». С 1971 по 1975 год в нью-йоркском Институте рационально-эмотивной психотерапии проводились занятия для детей, на которых мы преподавали РЭТ. Психотерапевты обучали преподавателей, а преподаватели рассказывали детям, как использовать РЭТ. За пять лет мы выяснили, что такое обучение было весьма эффективным, хотя у нас и не было контрольной группы, поскольку в нашей школе было всего два маленьких класса, и в обоих использовалась РЭТ. С тех пор проведено уже около двадцати эмпирических исследований, показывающих, что преподавание РЭТ учителями, родителями или психотерапевтами существенно уменьшает вероятность возникновения нарушений у детей. Если Вы хотите больше узнать об этом, прочтите книгу, под названием «Рационально-эмотивный подход к проблемам детства». М. Бернارد и М. Джойс опубликовали работу «Рационально-эмотивная терапия при работе с детьми и подростками», а доктор Э. Верной написала книгу «Мышление, ощущения и поведение», в которой приводятся упражнения для преподавателей и родителей, помогающие им обучать детей использованию РЭТ.

Сначала я думал, что нам удастся обучить рационально-эмотивной терапии детей 6—7 лет. Выяснилось, что научить их можно, но использовать РЭТ они не будут. Пиаже был прав в том, что дети не достигают стадии формальных операций до восьмилетнего возраста. Мы обнаружили, что дети старше восьми лет могут не только усваивать, но и использовать РЭТ, в результате чего они приобретают способность лучше переносить фрустрацию и сохранять состояние психологического комфорта. ... Мы обнаружили, что, несмотря на то, что легче оспариваются иррациональные убеждения детей старшего возраста, даже у маленьких почти не возникает проблем с придумыванием адекватных ситуации утверждений. Начиная с 12 – 14 лет можно использовать обычную когнитивную, эмотивную и бихевиоральную РЭТ.

Когнитивная психотерапия Аарона Бек

Близкой к РЭТ является когнитивная психотерапия А. Бека, основное внимание в которой уделяется эмоциональным нарушениям, в частности, депрессии. Хотя Бек развивал свою концепцию независимо от А. Эллиса, оба течения совпадают в целях, приемах работы и исходных предпосылках, среди которых в центре – помощь клиенту в отказе от саморазрушительных когнитивных структур.

Эмоциональные расстройства в концепции Бека трактуются, прежде всего, как расстройства когнитивные. В частности, такое когнитивное нарушение как депрессия имеет три компонента: восприятие себя, восприятие переживаний, восприятие будущего. Ошибочными или негативными способами мышления Бек считал следующие:

- «все или ничего» (видение ситуации либо в белых, либо в черных тонах);
- свехобобщение (интерпретация негативного единичного примера как сигнала о грядущей неудаче);
- «ментальный фильтр» (отфильтровывание информации: накопление негативной и игнорирование позитивной информации);
- автоматическое обесценивание (недоверие и обесценивание позитивной информации, например, неспособность принимать похвалу);
- скачок к умозаключению («Она рассердилась, – значит, я плохой» и т. п.);
- максимализм или минимизация (видение вещей непропорциональными: раздувание чего-либо или умаление);
- эмоциональное резонерство (поиск логического заключения из факта, например, плохого настроения);
- долженствования (наличие в языке или/и убеждениях слова «должен», обращенного к себе, к другим, к миру);
- наклеивание и срывание ярлыков («Эти люди такие-то...» вместо «Эти люди сделали то-то и то-то...»);
- персонализация («Что бы ни случилось, это ваша личная ошибка»).

Для преодоления когнитивных нарушений Бек предложил специфические техники работы: обнаружение и регистрация автоматически возникающих мыслей; ежедневная запись «мешающих» мыслей; установление личного смысла события; обобщение автоматических мыслей; операционализация негативных конструктов; анализ значимости некорректных представлений и т. п.

Он также выделил три метода коррекции ошибочных убеждений: *интеллектуальный* – тестирование сомнительных или ошибочных концепций и замена их более валидными; *экспериментальный* – проживание определенного опыта с целью проверки ошибочных предположений о нем, которые принимаются как реальные; *поведенческий* – развитие новых стратегий совладания, например: обучение определенному методу релаксации, навыкам поведения в конфликте, десентизация и т. п.

Когнитивная терапия ⁸

Определение когнитивной терапии

Когнитивная терапия – это краткий, фокусированный вид психотерапевтического воздействия, созданный после того, как была обнаружена взаимосвязь между привычными мыслительными (когнитивными) ошибками и психологическими нарушениями. Структурно теория когнитивной психотерапии связана с когнитивной психологией, теорией обработки ин-

⁸ Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – С. 304 – 329.

формации, социальной психологией, эволюционной биологией и психоанализом. В основе когнитивной терапии лежит следующий принцип: чувства и поступки человека зависят от того, как он структурирует информацию о происходящем с ним (например, когда человек считает, что определенная ситуация представляет для него угрозу, он чувствует тревогу и стремится избежать опасности).

Когниции (мысли) – вербальные или визуальные единицы в потоке человеческого сознания – связаны с лежащими в их основе убеждениями, установками и представлениями. Пациент может слишком строго судить себя в силу того, что он убежден в собственной неполноценности; он может оказаться неспособным выработать план или стратегию решения проблемы, потому что считает себя беспомощным; или же человек может делать умозаключения, исходя из уверенности в том, что его в любом случае постигнет неудача.

Когнитивная терапия, отличительными особенностями которой являются активность, структурированность и краткость, эффективно используется при лечении депрессии, тревожности, фобий, психосоматических нарушений, расстройств питания и хронических болей. Сочетание вербальных методов и техник бихевиоральной модификации применяется в рамках когнитивной модели психопатологии. Техники построены таким образом, чтобы помочь пациенту обнаружить и скорректировать искажающие реальность представления и дисфункциональные убеждения, лежащие в основе когниций. Улучшение в состоянии пациентов происходит в результате того, что их мышление и поведение при решении психологических и ситуативных проблем становятся более реалистичными и адаптивными.

Модель аномального поведения

Психопатологическая модель когнитивной терапии основана на следующей предпосылке: чрезмерные дисфункциональные реакции – это нормальные адаптивные реакции, проявляющиеся в преувеличенном виде. Четыре основные эмоции возникают в связи с разными типами концептуализации событий. Печаль провоцируется ощущениями потери, поражения или лишения чего-то. Часто потеря принимает форму разочарования в результате несбывшихся ожиданий. Реакция на потерю выражается в том, что человек перестает испытывать эмоции относительно источника разочарования и прекращает движение к цели.

Тревога и гнев возникают, когда человек чувствует угрозу для себя. Охваченный тревогой, он стремится отдалиться от того, что его пугает. Чувствуя гнев, он обращает внимание скорее на объект, от которого исходит угроза, чем на собственную уязвимость. Злой, гневающийся человек атакует то, что ему угрожает.

Психопатологические синдромы представляют собой нормальные эмоциональные реакции, неизменно повторяющиеся в преувеличенном виде.

При депрессии чувства поражения и депривации, печали и разочарования в возможности достижения поставленных целей становятся всепоглощающими. При мании усиливается стремление к цели. У людей, страдающих повышенной тревожностью, возрастает чувство собственной уязвимости, из которого вытекает стремление защищаться и избегать того, что пугает. При параноиде же человек бывает одержим ощущением, что с ним неправильно обращаются и, как следствие, у него возникает желание контратаковать обидчиков.

Считается, что посредниками при возникновении всех эмоциональных реакций являются первичные когнитивные процессы, концепция которых аналогична фрейдовской концепции первичных процессов. Первое формируемое человеком представление о ситуации является общим и довольно-таки приблизительным. «Нормальному» индивиду свойствен более высокий уровень когнитивной обработки информации, который можно сравнить с тем, что Фрейд называл вторичными процессами, позволяющий проверить и исправить исходно сформировавшуюся общую концепцию события. Однако при наличии патологии корректирующая функция когнитивной обработки информации нарушается. Поэтому для человека перестают существовать нормальный «пол» под печалью и «потолок» над радостью, гневом и тревожностью. Если вторичные процессы разлажены, первичные реакции превращаются в психопатологические синдромы.

В данном анализе когнитивных механизмов не затрагивается вопрос причинно-следственной связи; когнитивные структуры и процессы не содержат в себе ни непосредственных, ни основных причин патологии. Истоки психопатологических синдромов лучше всего искать во взаимодействии врожденных, биологических и филогенетических факторов друг с другом и с воздействием окружающего мира.

Основные принципы когнитивной модели

В основе когнитивной модели лежат восемь конкретных принципов.

Первый из них таков: поведение и чувства человека определяются тем, как он структурирует ситуацию. Например, когда человек считает ситуацию опасной, он чувствует тревогу и принимает меры для того, чтобы защитить себя или же сбежать. Когнитивное структурирование пускает в ход определенные эмоции, которые либо мобилизуют человека, заставляя его действовать, либо демобилизуют его. Такими эмоциями могут быть тревога, гнев, печаль или любовь – их поведенческими коррелятами являются бегство или нападение, отстранение или приближение.

Второй принцип заключается в том, что интерпретация – это активный непрерывный процесс, включающий в себя оценку ситуации, возможного поведения в ней, потенциальной выгоды, риска и пригодности разных стратегий поведения. Если человек решает, что в определенной ситуации затрагиваются его жизненные интересы, он склонен принимать эгоцентрические,

общие и довольно-таки грубые решения, соответствующие степени серьезности ситуации.

Третий принцип когнитивной модели состоит в том, что каждый человек обладает идиосинкретической сензитивностью и уязвимостью, которые приводят к психологическому дискомфорту. События, представляющие собой источник стресса для одного человека, могут быть безразличны другому. Разные факторы могут играть роль стрессогенных для разных людей.

Четвертый принцип: различия в индивидуальной сензитивности связаны с различиями в личностной организации. Автономная и социотропная личности реагируют на стрессогенные факторы, относящиеся к разным классам. Поэтому вероятность возникновения психологических нарушений во многом зависит от уязвимости человека, которая связана с его личностной структурой.

Пятый принцип таков: стресс оказывает неблагоприятное воздействие на нормальную деятельность когнитивной организации. Когда человек решает, что его жизненные интересы под угрозой, начинает действовать примитивная, эгоцентрическая когнитивная система. В этом случае люди склонны впадать в крайности и принимать односторонние абсолютистские решения глобального характера. Кроме того, резко падает способность игнорировать злые идиосинкретические мысли, поскольку вообще пропадает волевой контроль над мыслительными процессами. Потеря волевого контроля весьма негативно отражается на способности к суждению, запоминанию и концентрации.

Шестой принцип когнитивной модели гласит, что психологические синдромы – такие, как депрессия и тревожность – состоят из гиперактивных схем с идиосинкретическим содержанием, характеризующим конкретный синдром. Каждым синдромом управляет особая когнитивная констелляция, в результате чего возникают характерные для него эмоции и тенденции поведения. Когнитивное содержание психологического синдрома находится на континууме с когнитивным содержанием, которое вызывает похожие эмоции и поведение в нормальных обстоятельствах.

Седьмой принцип: стрессы, возникающие при общении, приводят к образованию у общающихся замкнутого круга дезадаптивных когниций. Такие механизмы, как «обрамление», поляризация и эгоцентрическая когнитивная направленность, вызывают повышенную активацию механизмов, связанных с психологическими синдромами.

Восьмой принцип когнитивной модели: соматическая реакция не меняется в зависимости от того, является ли угроза физической или символической. При мобилизации организма на борьбу, побег или оцепенение задействуются одни и те же когнитивно-моторные механизмы, независимо от того, выражается ли брошенный вызов или угроза в «физическом нападении» или в «общественном порицании».

Когнитивная модель депрессии

Когнитивная триада

При депрессии активизируются три основных когнитивных образца (паттерна). В результате работы этой когнитивной триады пациент видит себя, все происходящее с собой и свое будущее в негативном свете.

Первый компонент триады – негативное мнение человека о себе самом. Он считает себя дефективным, неполноценным, обездоленным и приписывает все неприятности собственным умственным, физическим и моральным дефектам. Из-за этого он начинает испытывать неприязнь к самому себе и думать, что он никуда не годен и никому не нужен. Он решает, что ему не хватает качеств, необходимых для того, чтобы быть счастливым. Это характерно для большинства больных депрессией.

Второй компонент триады – это тенденция пациента видеть все происходящее с ним в негативном свете. Он считает, что жизнь предъявляет к нему непомерно высокие требования, что на пути к его целям стоят непреодолимые препятствия и что в мире слишком мало удовольствий и радости. Всему происходящему пациент дает негативную интерпретацию, а взаимодействие с другими людьми рассматривает как источник неприятностей. Часто кажется, что депрессивный больной сначала делает негативные выводы, а уже потом «подгоняет» под них факты.

Третий компонент когнитивной триады заключается в негативном представлении о будущем. Этот симптом есть почти у всех пациентов, страдающих депрессией. Больной считает, что трудности и страдания будут сопровождать его бесконечно. Жизнь представляется ему состоящей из непрерывных бед, лишений и разочарований. Думая о предстоящем деле, он предвидит неминуемую неудачу.

Симптоматика

Мотивационные и поведенческие симптомы депрессии являются следствием негативных когнитивных образцов. Повышенная зависимость появляется в результате того, что пациент считает себя несостоятельным и никому не нужным. Он переоценивает сложность обычных дел и думает, что у него ничего не получится. Он ищет помощи у людей, которых считает более знающими. Нерешительность при депрессии возникает вследствие того, что человек убежден в своей неспособности принять правильное решение.

Парализация воли является следствием пессимизма и отсутствия надежды на лучшее. Из-за постоянного ожидания неудачи человек отказывается от попыток достижения цели и становится менее активным. Он избегает непривычных ситуаций, поскольку убежден, что не сможет с ними справиться и добиться того, чего хочет. Стремление уйти от проблем, кажущихся неразрешимыми, достигает своего максимума в желании покончить с собой. Чело-

век начинает думать, что он обременяет окружающих своим существованием и всем было бы лучше, если бы он умер.

Некоторые физические симптомы депрессии также можно связать с когнитивными образцами. Апатия, пониженная энергичность, быстрая утомляемость и инертность могут быть результатом негативных ожиданий. Если психотерапевт поощряет пациента к действию, последний может стать активнее, а его утомляемость снизится.

Когнитивные схемы

В когнитивной модели депрессии понятие схемы используется для того, чтобы объяснить, почему некоторые люди склонны впадать в депрессию. Определенный стиль мышления, создающий предрасположенность к депрессии, вырабатывается в начале жизни. На его формирование оказывают воздействие личный опыт, идентификация со значимыми другими и восприятие отношения окружающих. Одна концепция может в дальнейшем оказать влияние на формирование других. Если с течением времени концепция остается неизменной, она превращается в постоянную когнитивную структуру, или схему.

Когнитивная схема, обычно находящаяся в латентном состоянии, активизируется в конкретных обстоятельствах, сходных с теми, при которых негативная концепция сформировалась. Например, если человек в детстве потерял одного из родителей, весьма вероятно, что, потерпев неудачу в близких отношениях во взрослом возрасте, он активизирует схему невосполнимой утраты, сложившуюся при потере матери или отца. Вот некоторые события, которые могут предшествовать возникновению депрессии: получение на экзамене оценки ниже ожидаемой; понижение в должности; заболевание; столкновение с большими трудностями и разочарованиями при достижении целей. Возникновение депрессии не всегда бывает непосредственно связано с определенной ситуацией, иногда депрессия становится реакцией на совокупность неспецифических травмирующих событий.

Перечисленные выше события неприятны всем, однако большинство людей, пережив травму в одной из сфер жизни, не теряют интереса к остальным. Но если в силу предрасположенности у человека повышена чувствительность к определенному рода ситуациям, возникновение одной из них может сделать его взгляд на жизнь в целом негативным и способствовать развитию всеобъемлющей депрессии. Постепенно человек утрачивает способность объективно оценивать свои негативные мысли в силу того, что активизированные схемы влияют на работу когнитивных структур, принимающих участие в процессах суждения и оценки реалистичности мышления. Задействованные гипервалентные схемы приводят к систематическим ошибкам, искажающим восприятие (эти ошибки могут выражаться в произвольной интерпретации, выборочном абстрагировании и т.д.). Модель обратной связи также помогает объяснить явления, имеющие место при депрессии. Неприятные

события пускают в ход когниции, связанные с поражением, лишениями, негативными ожиданиями и чувством вины. Эти когниции вызывают печаль, апатию, чувство одиночества и снижение активности. Возникающие отрицательные эмоции и инертность интерпретируются больным как знак потерь и неудач, что, в свою очередь, усиливает негативные чувства.

Когнитивная модель повышенной тревожности

Основные механизмы тревожности можно рассматривать как производные определенных стратегий эволюции. Некоторые из этих стратегий имели адаптивный характер на ранних ступенях развития нашего вида, но к сегодняшним условиям они не подходят. Их можно проанализировать, разложив на когнитивные, эмоциональные, физиологические и бихевиоральные компоненты.

Когнитивная оценка опасности активизирует: а) эмоциональный компонент (страх); б) моторный компонент (борьба, побег, оцепенение или обморок); и в) физиологический компонент (автономная нервная система), усиливающий действие моторного. Симптомы тревожности – это субъективные события, происходящие в задействованных системах: нервозность (эмоциональная), мышечное напряжение (моторная), желание сбежать (мотивационная), торможение речи и движений (поведенческая), многочисленные страхи, ослабление памяти и выборочная концентрация внимания (когнитивная).

Субъективно переживаемое чувство тревоги заставляет организм принять защитные меры в ответ на опасность. Непосредственная реакция, например оцепенение, имеет место практически мгновенно; функция тревоги состоит в том, чтобы побуждать человека к выбору подходящей стратегии поведения после того, как он оценил степень опасности. Тревога стимулирует человека к мобилизации активных адаптивных механизмов уменьшения опасности. Тревоге присуща важная защитная функция, состоящая в том, что тревога увеличивается по мере приближения к источнику опасности и уменьшается по мере удаления от него. Мотивация уменьшения опасности посредством удаления от ее источника усиливается, когда уменьшается чувство тревоги.

Человек, страдающий повышенной тревожностью, тревожен даже при отсутствии объективной угрозы, он преувеличивает и искажает потенциальную опасность проблемных ситуаций. Такой человек не может вырабатывать и использовать адаптивные навыки, поскольку в ситуациях, которые он воспринимает как опасные, объективная опасность отсутствует, а значит, к ней нельзя эффективно приспособиться.

Вегетативная и соматическая нервная система имеют дело скорее с выбранным организмом видом действия (бегом, оцепенением, сгибанием туловища и т.д.), чем с его целью (нападением или избеганием). Тип вегетативной иннервации зависит от конкретного задействованного поведенческого (моторного) образца, а не от эмоции (тревоги, гнева, любви) и не от конечной цели деятельности. Задача вегетативной активности состоит в том, чтобы

способствовать активности моторной посредством регуляции притока крови, обменных процессов и температуры тела. Когнитивные моменты отражаются в работе вегетативной нервной системы. Например, «повышенная бдительность» (в качестве подготовки к борьбе, побегу или защите) выразится в застывшей, согнутой позе («оцепенение»), учащении сердцебиения и повышении кровяного давления; «беспомощность» может проявиться в падении, сопровождающемся уменьшением частоты пульса и давления. При активном подходе к ситуации основную роль играет симпатическая нервная система, тогда как при пассивном, спровоцированном непредвиденной опасностью — основную работу осуществляет парасимпатическая.

Вид реакции не зависит от того, какой характер носит опасность — физический или психосоциальный. Например, реакция, вызванная критикой начальника, может быть такой же, как реакция на физическое нападение. В ответ на оба события будет запущен один и тот же вегетативно-моторный образец, скажем, принятие жесткой защитной позы, сопровождающееся повышенным потоотделением, изменением частоты пульса и кровяного давления. Торможение действия проявляется в тонической неподвижности, связанной с тем, что в этом случае ведущую роль играет симпатическая нервная система; демобилизация же выражается в атонической неподвижности, вызванной преобладающей парасимпатической иннервацией. Импульс к самозащите и саморегуляции проявляется в подавлении как мышечной активности, так и вокальной составляющей речевой деятельности.

Нарушения, связанные с повышенной тревожностью (например, депрессию), следует понимать как проявления гиперфункции — или дисфункции — нормальных механизмов. И у здорового человека, и у больного с повышенной тревожностью при наличии опасности начинает действовать один и тот же механизм, но тот, кто страдает повышенной тревожностью, воспринимает опасность в искаженном и преувеличенном виде. Если здоровый человек ошибочно оценивает ситуацию как опасную и без необходимости мобилизуется, он в состоянии довольно быстро понять, что его оценка происходящего нереалистична, и изменить свое восприятие. Тревожный больной видит опасность даже при отсутствии объективной угрозы и не обращает внимания на все, что противоречит его оценке ситуации. Заметив опасность, он уже не может понять, насколько она реальна.

Сознание человека, страдающего повышенной тревожностью, проникнуто мыслями об опасности и о том, как себя вести в обстоятельствах, представляющих угрозу. Сталкиваясь с проблемной ситуацией, он ожидает худшего. Он постоянно находится в состоянии повышенной готовности к физической или психосоциальной опасности. Например, человек, боящийся выступать перед публикой, всегда настроен на провал своих выступлений. Мысли о неудачах пронизывают его сознание, даже если они не подкреплены фактами. Он постоянно думает о том, что ему угрожает; при этом способности к концентрации и планированию, и память активно блокируются, по-

сколькo они не имеют непосредственного отношения к опасности. Аналогичные явления наблюдаются и во время приступов паники.

Когнитивные техники

Цель когнитивной терапии психиатрических нарушений состоит в том, чтобы помешать работе преобладающих дисфункциональных схем и способствовать выработке у пациента адаптивного поведения структурных изменений можно достичь при помощи анализа правил и императивов, управляющих реакциями больного. Когнитивная терапия стремится не только перестроить когнитивные образцы, связанные с конкретными синдромами, но и изменить организацию предположений, формул и правил, ответственных за искажение восприятия событий. Среди используемых нами когнитивных техник можно назвать обнаружение автоматических мыслей, когнитивных ошибок и искажений, а также эмпирическую проверку реалистичности.

Обнаружение автоматических мыслей

Большинство людей практически не осознают своих автоматических мыслей, которые предшествуют возникновению неприятных ощущений или автоматическому подавлению активности определенных систем. Автоматические мысли, или когниции, не всегда существуют в вербальной форме – они могут существовать и в виде визуальных образов или картинок. Приобретая некоторый навык, люди могут научиться лучше осознавать свои автоматические мысли, фокусироваться на них и оценивать их – точно так же, как мы делаем это с физическими ощущениями.

Во время сеансов когнитивной терапии пациент учится обнаруживать автоматические мысли посредством наблюдения за последовательностью внешних событий и своих реакций на них. Между стимулом и эмоциональной реакцией существует разрыв. А. Эллис называет совокупность этих трех компонентов «АВС». **А** – это активизирующий стимул, а **С** – чрезмерная или неадекватная реакция. **В** – это «пробел» в уме пациента, который он сам заполняет. Человеку легче понять, почему имела место чрезмерная или неадекватная эмоциональная реакция, если он вспомнит, какими мыслями он заполнил «пробел».

Вот один пример: пациент увидел переходящего через дорогу старого знакомого, и ему сразу же стало очень тревожно. Он не мог понять причину тревоги до тех пор, пока не воспроизвел свои мысли в тот момент: «Если я окликну Боба, он может не вспомнить, кто я такой. Он может даже совсем не обратить на меня внимания – ведь прошло столько времени, и он, возможно, забыл меня. Пойду-ка я лучше мимо, не обращая на него внимания».

Автоматические мысли отличаются от обычных размышлений и свободных ассоциаций тем, что появляются очень быстро и обычно находятся на границе сознания. Человек автоматически считает их правильными, потому

что не видит в них ничего необычного. У больного с патологическим синдромом, например, депрессией или повышенной тревожностью, автоматические мысли приобретают императивный характер, они постоянно посещают его, независимо от стараний, прилагаемых для того, чтобы их не допустить. У большинства пациентов автоматические мысли обладают содержанием, характерным для конкретного синдрома. Их появление предшествует возникновению таких эмоций, как гнев, печаль или тревога, а их содержание соответствует этим эмоциям.

Обнаружение когнитивных ошибок

Депрессивные и тревожные пациенты интерпретируют ситуацию негативно даже в тех случаях, когда ее вполне можно увидеть в более благоприятном свете. Если пациента попросить придумать альтернативное объяснение происшедшему, он может осознать, что его исходная интерпретация была предубежденной или основывалась на ложных выводах. Тогда он сможет понять, что просто «подогнал» факты под заранее сформулированные негативные умозаключения. В психопатологии известны некоторые типичные ошибки, допускаемые в концепциях и выводах.

Выборочное абстрагирование заключается в фокусировании на деталях, вырванных из контекста. Человек может игнорировать некоторые очевидные характеристики ситуации и понимать все происходящее на основании выбранных им деталей. Пациент, страдающий депрессией, обращает внимание только на негативные аспекты происходящего, тревожный человек фокусирует свое внимание только на символах опасности, а больной паранойей выбирает из своего опыта лишь те случаи, когда с ним плохо обходились.

Произвольная интерпретация – это процесс, в ходе которого делаются выводы, не подкрепленные фактами или противоречащие им. Чрезмерное обобщение – это использование единственного случая для того, чтобы сделать выводы, применимые во всех ситуациях. Преувеличение и преуменьшение – это поляризованная оценка событий, навыков и т.д. Например, пациент может преувеличивать трудность стоящей перед ним задачи и преуменьшать свою способность с ней справиться. Персонализация – это тенденция связывать внешние события с собой, даже когда для этого нет оснований. Дихотомическое мышление – тенденция пациента видеть мир «черно-белым», замечать только полярные качества без всяких промежуточных оттенков. Больной депрессией считает себя либо знающим, либо – нет, либо счастливым – либо неудачником.

Эмпирическая проверка реалистичности

Когнитивный психотерапевт и пациент вместе работают над тем, чтобы представить умозаключения последнего в виде проверяемых гипотез. В ходе этого процесса мышление пациента становится более реалистичным, по-

сколькo увеличивается как объективность его взгляда на мир, так и поле зрения. Например, один пациент думал, что если он будет внимательно пересчитывать сдачу в присутствии кассира, тот обязательно как-нибудь проявит свое негативное отношение к этому. Вместе с психотерапевтом они сформулировали следующую гипотезу: «Когда я буду считать сдачу, кассир особому на меня посмотрит». При проверке эта гипотеза оказалась верной лишь в 5% случаев – в 95% негативные ожидания не оправдались. Другой пациент считал, что все будут обращать на него внимание и неодобрительно смотреть в его сторону, если он будет необычно выглядеть. Убежденность в том, что они являются центром внимания, типична для большинства людей, страдающих депрессией и повышенной тревожностью. Когда пациент, в соответствии с терапевтическим планом, вышел на улицу шаткой походкой, небритый и не очень аккуратно одетый, он выяснил, что очень мало кто из прохожих обратил на него внимание.

Бихевиоральные техники

Составление расписаний

Поскольку успешность когнитивной терапии во многом зависит от того, использует ли пациент ее техники за пределами кабинета психотерапевта, очень важно помочь ему правильно составить расписание действий. Применение бихевиоральных техник особенно важно на ранних стадиях психотерапии для пациентов, находящихся в глубокой депрессии, поскольку те еще не способны к интроспекции, необходимой для работы с автоматическими мыслями и представлениями. Сначала психотерапевт просит пациента составить ежедневное расписание своих обычных дел. Используя это расписание в качестве основы, они вдвоем планируют выполнение домашней работы. Домашние задания варьируют в зависимости от того, на какой стадии находится психотерапия, и от потребностей пациента.

Распределение домашних заданий по степени сложности

Сначала планируется выполнение заданий, которые помогут пациенту мобилизоваться и начать бороться с инертностью, особенно характерной для больных депрессией. Поскольку большинству пациентов лучше продвигаться вперед маленькими шагами, задания распределяются по степени сложности, чтобы пациент постепенно добивался все более серьезных успехов, не переутомляясь при этом. Пациент распределяет задания по шкале «мастерства и удовольствия», в соответствии с тем, какой уровень мастерства он продемонстрировал при их выполнении и в какой степени это доставило ему удовольствие. Эта техника стимулирует пациентов к достижению успеха.

Если пациент боится выполнять задания, с ним во время психотерапевтического сеанса проводится предварительная работа в форме бихевиоральной репетиции. Во время репетиции пациент практикуется в использовании техник, получая возможность оценить негативные автоматические мысли, возникающие в ходе выполнения заданий. Бихевиоральные техники также используются при составлении программы экспериментов по проверке гипотез, сформулированных на основе негативных автоматических мыслей пациента.

Бихевиоральная техника экспозиции, применяемая при лечении агорафобии, используется и при работе с пациентами, страдающими клинической тревожностью. Большинство таких людей считают, что уровень их тревожности постоянно высок. Однако приступы тревожности волнообразны. Если человек поймет, что у тревожности есть начало, пик и спад, ему будет легче с ней справиться. Он осознает, что, например, в ситуации общения ему стоит просто дождаться, пока «волна» спадет.

Выполняя задания, пациенты учатся переносить тревожное состояние в течение все более продолжительных отрезков времени, не прибегая к «подпоркам» (не принимая таблеток, не обращая за помощью, не делая телефонных звонков и не убегая). Постепенно они начинают понимать, что могут переносить ситуации, обычно вызывавшие тревожность, не испытывая постоянно растущего чувства дискомфорта.

Психотерапевтические отношения

Функция когнитивного психотерапевта состоит в том, чтобы быть «наставником», помогающим пациенту понять, как он может эффективно справиться со своими проблемами. Кроме того, психотерапевт выступает в роли «катализатора», способствующего тому, чтобы опыт, накапливаемый пациентом вне психотерапевтических сеансов, способствовал совершенствованию его адаптивных навыков. Так же, как и в роджерсианской терапии, центрированной на клиенте, когнитивные психотерапевты проявляют по отношению к пациентам теплоту и принимают их, не оценивая. Однако когнитивный психотерапевт занимает более активную позицию, чем роджерсианец или психоаналитик. Он активно сотрудничает с пациентом в поиске проблем, помогает сконцентрироваться на главном, они вместе предлагают варианты решения и тренируются в использовании когнитивных и бихевиоральных техник.

Поддержание психотерапевтом оптимального уровня теплоты отношения и определенного стиля поведения не исключает возникновения у пациента негативных реакций или сопротивления. Негативные реакции часто являются ценной составной частью психотерапевтического процесса, работа с ними ведется посредством воздействия на лежащие в их основе предположения и дисфункциональные убеждения.

Реакции переноса тоже важны – их можно использовать для демонстрации искажений, имеющих место в когнитивных реакциях пациента на психотерапевта.

Большинство высказываний психотерапевта имеет форму вопроса. В этом отражена эмпирическая ориентация когнитивной терапии, а также ее непосредственная цель – сделать закрытую систему убеждений пациента более открытой. Задаваемые вопросы, кроме того, демонстрируют пациенту модель интроспекции, которой он может пользоваться в отсутствие психотерапевта, а также по окончании психотерапии. При помощи вопросов психотерапевт помогает пациенту увидеть и исправить когнитивные искажения и дисфункциональные предположения.

Составление и осуществление плана лечения

Первым шагом в подготовке плана лечения является построение концепции заболевания. Психотерапевт старается привести дисфункциональные реакции пациента к общему знаменателю. Таким образом он надеется сразу же решить многие проблемы.

Например, одна лечившаяся от повышенной тревожности женщина была подвержена огромному количеству страхов. Она боялась лифтов, тоннелей, гор, закрытых помещений, поездок в автомобилях с открытым верхом, самолетов, плавания, быстрой ходьбы, бега, сильного ветра и влажной жаркой погоды. Проанализировав эти проблемы вместе с пациенткой, психотерапевт пришел к выводу, что все они сводились к боязни задохнуться. Женщина боялась, что задохнется в лифте, в тоннеле, в закрытой машине и вообще в любом закрытом пространстве. Она представляла себе, что в самолете из-за поломки может понизиться уровень кислорода. В открытой машине ей было страшно оттого, что «ветер выхватит воздух» у нее изо рта. Лежа на пляже в жаркий и влажный день, она думала, что вот-вот умрет от нехватки кислорода. В ходе лечения пациентка научилась обращать внимание на то, что происходит с ее дыханием, и стала понимать, что сама мысль об этих ситуациях вызывала у нее ощущение нехватки воздуха.

Исходная концепция заболевания – это ткань, в которую вплетены нити индивидуальных привычных реакций, «слабых мест» пациента и воздействий, активизирующих симптомы заболевания. При формулировании концепции также принимаются во внимание факторы, оказавшие воздействие на психику пациента в детстве, а также влияние, которое оказали эти факторы и способы приспособления к ним пациента и его взаимоотношения с другими людьми на его нынешнюю структуру личности. В идеале формулировка включает в себя также объяснение того, как опыт прошлого влияет на способность человека справляться со своими сегодняшними проблемами и стрессами.

Где может и где не может использоваться когнитивная техника в чистом виде

Существуют программы применения когнитивной терапии при самых разных клинических нарушениях. Систематические исследования, в которых использовались контрольные группы, показали, что когнитивная терапия эффективна при лечении повышенной тревожности, нервной анорексии, мигрени, тревожности, возникающей во время публичных выступлений, экзаменационной тревожности, приступов гнева и хронических болей. Эффективным оказалось и применение когнитивной терапии в качестве дополнения к традиционным методам при лечении пристрастия к героину. Маниакальным пациентам когнитивная терапия очень помогает научиться выполнять предписания врача относительно приема литиума.

Исходя из результатов предварительных исследований, можно предположить, что сочетание когнитивной терапии и фармакотерапии может успешно применяться при лечении галлюцинаций у шизофреников, а также для того, чтобы помочь им регулировать их причудливое мышление и поведение. Другие исследования показывают, что когнитивная терапия может применяться при лечении наркоманов и больных нервной анорексией.

Было показано, что некоторые виды депрессии – например, психотическая депрессия и меланхолия – относительно плохо поддаются лечению при помощи когнитивной терапии, если она является единственным методом воздействия. Тем не менее, самые последние исследования показывают, что те виды депрессии, которые нельзя вылечить только когнитивной терапией или только антидепрессантами, могут лучше поддаваться лечению, если использовать сочетание этих двух методов.

Механизмы психотерапевтического воздействия

Вышеизложенные принципы когнитивной психотерапии можно расширить до общих вопросов о том, как психотерапия действует и при помощи каких механизмов осуществляются изменения.

Первой составляющей психотерапевтического процесса, способствующей осуществлению стойких изменений, является *полноценная структура*. Через структуру можно объяснить, как действует систематическая десенсибилизация, а именно: за последовательным приближением к тому, что более всего страшит пациента, сопровождаемым мышечной релаксацией, следует нейтрализация неадекватного, или обусловленного, страха (реципрокное торможение). Действие когнитивной терапии объясняется так: обнаружение автоматических мыслей с последующей проверкой их логичности или соответствия имеющейся в наличии информации модифицирует дисфункциональные убеждения – отсюда вытекают эмоциональные изменения. А вот одно из многочисленных объяснений того, как «работает» психоанализ: счита-

ется, что материал, извлеченный из памяти и из подсознания, может быть ассимилирован сознательным Эго.

Второй механизм, при помощи которого осуществляются изменения – это *вовлеченность* пациента в настоящую проблемную ситуацию (в реальности, в воображении или в памяти). Лечение окажется эффективным, только если пациент будет переживать ситуацию так, будто она представляет для него реальную угрозу. Показателем вовлеченности служат эмоции, переживаемые пациентом.

И последний механизм, при помощи которого действует когнитивная терапия, – это *проверка воспоминаний*, образов и восприятий на реалистичность. Такая проверка позволяет отличить настоящую опасность от псевдоопасности.

Разные виды психотерапии можно сравнивать между собой по этим трем признакам.

Психоанализ. Психоаналитическое лечение имеет два аспекта: приподнятие завесы детской амнезии и выработка у пациента невроза переноса. Как уже было сказано, воспроизведение детских воспоминаний позволяет Эго посмотреть на непроходящую травму с более зрелой точки зрения, а также отделить прошлую реальность от нынешней. Сходным образом невроз переноса дает пациенту возможность воспроизвести детские отношения в своих отношениях с психотерапевтом, разделяя реальное и вымышленное.

Когнитивная терапия. Когнитивная терапия использует процедуры, заимствованные как из бихевиоральной терапии, так и из психоанализа. Она уделяет больше внимания поведению (то есть поведенческим заданиям), чем психоанализ, и больше занимается интроспекцией, чем бихевиоральная терапия. Компоненты и того, и другого вида воздействия присутствуют в теории когнитивной терапии. Эмоции, связанные с проблемными ситуациями, вызываются при помощи целого арсенала техник, включающего в себя ролевые игры, экспозицию и использование воображения.

Другие виды психотерапии обладают характеристиками, сходными с теми, о которых уже было сказано. Возможно, общим для всех видов психотерапии отношений является использование коррективных эмоциональных переживаний. Думаю, их применяют в рационально-эмотивной терапии, психодраме, краткой психодинамической терапии Сифнеоса, а также в роджерсманской недирективной терапии. Переживание крайнего эмоционального напряжения, или катарсиса, также занимает центральное место в популярных сегодня подходах, например, в EST или в методе «первого крика».

Как осуществляются изменения при конкретных нарушениях

На вопрос, благодаря чему люди могут меняться, философы ищут ответа с древних времен. Несмотря на многообразие психотерапевтических школ и противоречащих друг другу теорий, относительно механизмов, при помощи которых осуществляются изменения (при условии, что они вообще осущест-

вляются) – между разными видами эффективного психотерапевтического воздействия есть нечто общее. Я хочу подчеркнуть, что мы, психотерапевты, можем знать только две вещи: как мы ведем себя по отношению к пациенту («вход») и как пациент ведет себя («выход»). То, что происходит в «черном ящике», может не иметь ничего общего с тем, что пациент говорит, и с тем, что происходит в нем по-нашему мнению.

Моя базовая теория изменений заключается в том, что определенные когнитивные констелляции, которые ответственны за возникновение симптомов и дисфункционального поведения, могут быть модифицированы, только если к ним открыт доступ.

Депрессия

Возьмем для примера когнитивную терапию депрессии. Пациент приходит к психотерапевту, переполненный негативными мыслями о себе, о прошлом, о будущем, его эмоции окрашены в мрачные тона. В такой момент его дисфункциональные убеждения доступны не только для изучения, но и для модификации. Можно попросить пациента внимательно рассмотреть имеющуюся в его распоряжении информацию, чтобы понять, не упускает ли он из виду что-то важное; тщательно разобраться в том, при помощи каких логических процессов он делает выводы; и наконец, рассмотреть сами выводы. Психотерапевт может подвергнуть их эмпирической проверке, поставив эксперимент прямо у себя в кабинете.

Например, женщина, страдающая депрессией, была убеждена в том, что она не может больше выполнять свои служебные обязанности, что она не может даже написать какие-то важные письма, которые нужно было отправить на следующий день. Я попросил ее продиктовать письмо мне, и мы выяснили, что у нее это очень хорошо получилось и она нашла нужные слова, чтобы сказать именно то, что хотела. Этот эксперимент, проведенный в момент ее крайнего отчаяния, позволил проникнуть в негативную констелляцию и перейти от убеждения «я не могу» к «я могу». Этот частный случай развенчания ошибочного убеждения позволил ей затем убедиться в том, что она могла все что угодно.

Другие нарушения можно проанализировать с точки зрения эмоционального напряжения, испытываемого клиентом во время психотерапии.

Травматический невроз

По крайней мере со времен Фрейда считается, что переживание травматического опыта заново в специально созданных условиях может вести к облегчению тяжелых воспоминаний, а также связанных с ними симптомов. В описанном Фрейдом случае Анны О. такое переживание, связанное с уходом за больным отцом, произвело эффект катарсиса, что привело к исчезновению у нее симптомов расстройства. Подобное мы наблюдали и при лечении травматических неврозов, возникших как в военных, так и мирных условиях.

Повышенная тревожность

В отличие от больного депрессией, пациент с повышенной общей тревожностью может чувствовать себя вполне спокойно, входя в кабинет психотерапевта. Если при этом у него возникает ситуативная тревожность, она не обязательно бывает связана с его основной проблемой. Когда тревожность у пациента появляется в связи с предполагаемыми реакциями психотерапевта на его поведение, мы можем постараться проникнуть в негативную констелляцию сразу же. Если же этого не происходит, тревожность можно спровоцировать, попросив пациента сконцентрироваться на каком-то событии, представляющем для него проблему. Кроме того, в этих целях можно использовать ролевую игру, инсценировав ситуацию, которая кажется пациенту опасной. Например, если ему предстоит интервью, психотерапевт может сыграть роль интервьюера.

Задача этих маневров заключается не в том, чтобы спровоцировать тревожность саму по себе, а в том, чтобы активизировал определенную когнитивную констелляцию или вызвать страх, ведущий к тревожности. Говоря языком когнитивной терапии, мы стараемся вызвать «горячие мысли». Разумеется, в конечном итоге мы стремимся к тому, чтобы пациент смог встретиться лицом к лицу с ситуацией, которая его страшит и которой он хотел бы избежать. Только проделав это много раз и применив навыки, которым он научился в процессе психотерапии, пациент сможет разобраться в своих дисфункциональных убеждениях.

Фобия

При лечении фобий мы создаем ситуации, связанные со страхами пациента, – этот подход аналогичен активизации конкретных констелляций при повышенной общей тревожности. Иногда это делается в кабинете психотерапевта путем предоставления пациенту конкретных стимулов фобии (например, маленьких зверьков). В качестве стимульного материала может выступать и фотография того, что пугает пациента. Пациента с социальной фобией можно попросить позвонить по телефону из кабинета психотерапевта или проиграть с психотерапевтом телефонный разговор. Классический бихевиоральный подход заключается в предоставлении стимулов в иерархической последовательности (систематическая десенситизация). Общим для всех этих процедур является предоставление пациенту пугающих его стимулов.

Еще один эффективный способ начать такого рода терапию состоит в том, чтобы попросить пациента представить себе страшные сцены. Это можно делать постепенно, как при систематической десенситизации, а можно предложить пациенту спонтанно вообразить какую-то ситуацию, увеличив ее, если возможно, до размеров «катастрофы». В качестве альтернативы может быть использована техника "наводнения". Она включает в себя предоставление пациенту сценария ужасного для него происшествия. Использо-

ние воображения при лечении фобий может быть очень эффективным. Естественно, в конечном итоге пациент все равно должен будет начать упражняться в преодолении страха в реальных ситуациях.

Приступы паники

Панические расстройства часто можно вылечить прямо в кабинете психотерапевта, предварительно объяснив пациенту природу паники. Иногда бывает возможно при помощи разных техник (например, учащенного дыхания, физических упражнений, выполняемых в быстром темпе, внутривенного введения содиум лактата или вдыхания смеси углекислого газа и кислорода) вызвать настоящий приступ. Во время и после вызванного приступа паники человек может «работать» со своей психологической констелляцией, в которой заключен страх безумия, потери контроля или «катастрофы», которая могла бы произойти с внутренними органами (инфаркт, инсульт).

Терапия отношений в парах

Для того, что дать каждому из партнеров возможность модифицировать свой «внутренний механизм», часто необходимо стимулировать их к проявлению какого-то из качеств или к тому, чтобы разыграть конфликт в присутствии психотерапевта. Когда конфликт достигнет своего пика, психотерапевт начинает работать с горячими мыслями одного из партнеров, позволяя другому временно «выйти из игры». Затем внимание переключается на второго члена пары. Так можно получить доступ к убеждениям, ответственным за возникновение гнева.

Из сказанного выше становится ясно, что для того, чтобы переживание катарсиса, «наводнения» или эмоционального напряжения имели психотерапевтический эффект, они должны применяться в рамках определенной интеллектуальной структуры. Люди переживают состояние катарсиса или повышенного эмоционального напряжения много раз в своей жизни – но это не приносит им никакой пользы. В процессе психотерапии у пациента появляется возможность не только пережить появление горячих мыслей, но и посмотреть на них с объективной точки зрения. Структура – независимо от того, выражается ли она в терминах теории научения, когнитивной терапии или психодинамики – является основным фактором, предоставляющим в распоряжение клиента необходимую объективную оценку.

Структура очень важна, поскольку она позволяет пациенту одновременно быть вовлеченным в проблемную ситуацию и отстраниться от нее. В мозгу человека существует своя собственная система интегрирующей и корректирующей обратной связи. Чаще всего мы не нуждаемся в психотерапии для того, чтобы модифицировать свои ошибочные или дисфункциональные убеждения. Однако при наличии хронических психологических проблем обычная корректирующая обратная связь оказывается неэффективной. Основны-

ми компонентами эффективной психотерапии являются вызывание в рамках психотерапевтической структуры горячих мыслей и эмоций и предоставление пациенту возможности проверить эти мысли на соответствие действительности – это происходит независимо от того, применяет ли психотерапевт психоанализ, бихевиоральную, когнитивную или какой-то другой вид терапии.

Процесс осуществления изменений

Я не верю в то, что одного высокого эмоционального напряжения может быть достаточно для осуществления изменений. При возникновении такого напряжения активизируется лежащая в его основе когнитивная констелляция. Возьмем, например, человека, которого одолевает тревожность при общении. Его тревожность вызывается страхом неодобрения – он боится, что будет глупо выглядеть, что люди от него отвернутся, что на него никто не обратит внимания. Когда эти мысли о собственной отверженности становятся достаточно сильными, чтобы вызывать сильные эмоции, можно начинать проверку реалистичности понимания ситуации и переоценку преувеличенной когнитивной реакции.

В когнитивной и рационально-эмотивной терапии проверка на реалистичность является высокоорганизованным процессом. Человек на собственном опыте убеждается, что он неверно интерпретировал ситуацию. Таким образом, один из механизмов, при помощи которых осуществляются изменения у многих пациентов, добивающихся успеха в ходе психотерапии, заключается в том, чтобы сделать констелляции, ответственные за неадаптивное поведение и за возникновение симптомов, доступными для работы. Этот механизм в какой-то степени аналогичен тому, что в психоанализе называется превращением бессознательного в сознательное.

Для того, чтобы до конца понять процесс осуществления изменений, нам необходимо посмотреть, как организм использует имеющуюся в его распоряжении информацию в целях приспособления к окружающей среде. Тонкое приспособление организма к внешнему миру и «подстройка» гомеостаза зависят от процессов обработки информации. Мы не долго прожили бы на свете, не умей мы добывать и синтезировать информацию. Это было бы равноценно отсутствию у нас слуха, зрения, речи и кожной чувствительности одновременно.

Итак, можно сказать, что в общем мы настроены на волну окружающей среды и делаем из получаемой информации выводы, позволяющие нам действовать в соответствии с обстоятельствами. Однако в психопатологических случаях процессы обработки информации нарушаются. Это может быть связано с внутренними факторами, например, с нарушением гомеостаза, или же дело может быть в неблагоприятном воздействии окружающего мира. Конечный результат – нарушение процессов обработки информации – будет оди-

наковым, независимо от того, вызвано ли это нарушение биохимическими или психосоциальными факторами.

Мы можем наблюдать развитую депрессию у людей, принимавших лекарственные средства против повышенной чувствительности. Их система обработки информации сместилась в негативную сторону; у них такое же количество негативных представлений, как у людей, впавших в депрессию после, например, смерти близкого человека. Интересно, что нет необходимости использовать лекарство, чтобы избавить человека от негативного мышления, вызванного приемом другого лекарства. Состояние сразу же улучшится, если применять те же самые «психологические антидепрессанты», которыми лечат депрессию, вызванную «психологическими факторами».

Похоже, что, несмотря на то, что разные методы работают через разные каналы, положительный результат в конечном итоге достигается посредством воздействия на систему обработки информации. Например, некоторые исследования, в которых результаты когнитивной терапии сравнивались с результатами использования антидепрессантов, показали, что у тех пациентов, которым помогает когнитивная терапия, меняется взгляд на себя, на будущее и на их личный мир. Это, возможно, неудивительно; удивительно, что то же самое происходит с пациентами, которым помогает лекарственная терапия – то есть у них тоже имеют место улучшения когнитивного характера.

Почему две процедуры, которые так непохожи друг на друга – введение в организм определенных молекул и выслушивание того, что говорит психотерапевт, – дают одинаковые результаты? Вполне возможно, что при разных видах воздействия в работу включаются разные системы. Однако все они взаимосвязаны друг с другом, составляя замкнутый круг и замкнутые кольца обратной связи. Поэтому невозможно провести хирургическое вмешательство в одну систему, не затронув другой. Все системы работают совместно, так же, как сердце и легкие. Таким образом, можно воздействовать на когнитивную систему посредством когнитивной терапии, но при этом воздействие распространится на аффективную, моторную и физиологическую системы. Точно так же можно посредством релаксации оказать влияние на физиологическую систему, но это одновременно отразится на всех остальных.

Д. Мейхенбаум

Эволюция когнитивно-бихевиоральной терапии: ее истоки, принципы и примеры из клинической практики⁹

Основные принципы

1. Поведение клиента, с одной стороны, и его мысли, чувства, психологические процессы и их следствия – с другой – оказывают друг на друга взаимное влияние. Как сказал Бандура (1978), поведение «двусторонне детерминировано». Теория когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ) гласит, что когнитивное не является первоисточником или причиной неадаптированного поведения. Мысли клиента в такой же степени влияют на его чувства, как чувства – на мысли. КБТ рассматривает мыслительные процессы и эмоции как две стороны одной медали. Мыслительные процессы – лишь звено, часто даже не основное – в цепи причин. Например, когда психотерапевт пытается определить вероятность рецидива униполярной депрессии, он может сделать более точное предсказание, если поймет, насколько критичен супруг клиента, вместо того, чтобы опираться на когнитивные показатели.

2. Когнитивное может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термин «когнитивные события» относится к автоматическим мыслям, внутреннему диалогу и образам. Хочу отметить, что это не означает, что человек постоянно ведет разговор с самим собой. Скорее можно сказать, что поведение человека в большинстве случаев неосмысленно, автоматически. Абельсон (1976), Лангер (1978) и Торнгейт (1976) говорят, что оно идет «по сценарию». Но бывают случаи, в которых автоматизм прерывается, когда человеку необходимо принять решение в условиях неопределенности; в этих-то случаях и «включается» внутренняя речь. В когнитивно-бихевиоральной теории считается, что ее содержание может оказывать влияние на чувства и поведение человека. Но, как уже было сказано, то, как человек чувствует, ведет себя и взаимодействует с окружающими, также может существенно влиять на его мысли.

В соответствии с теорией КБТ, когнитивные причины (так называемые «иррациональные» убеждения, когнитивные ошибки или особые мысли) не вызывают эмоциональных расстройств или неадаптивного поведения. Такой взгляд скорее считается упрощением, не соответствующим научным данным. Когнитивное – лишь часть сложной системы взаимодействующих процессов.

Когнитивные события представляют собой только одну сторону совокупности когнитивного. Существует еще и *когнитивные процессы*. Социальная, когнитивная и возрастная психология много сделали для описания ког-

⁹ Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – С. 380 – 395.

нитивных процессов, в частности, ошибки подтверждения, эвристического мышления и метакогниций.

Если говорить кратко, *ошибка подтверждения* имеет место в тех случаях, когда человек строго придерживается определенных взглядов на самого себя и на окружающий его мир, редко обращая внимание на факты, опровергающие правоту этих взглядов. *Эвристическое мышление* – это использование «привычного мышления» в случаях, когда необходимо принять решение в условиях неопределенности (например, описанное Тверским и Канеманом эвристическое мышление по принципу доступности и по принципу репрезентативности). Более того, эмоциональное состояние человека (например, депрессия, тревожность и т.д.) может повлиять на конкретные эвристические примеры из прошлого и по-своему их окрасить. Человек не просто реагирует на события, он опирается на разные готовые примеры из прошлого, в зависимости от своего настроения в данный момент. Таким образом, эмоции клиента влияют на то, какую информацию он выберет в качестве руководства к действию, какие сделает выводы и какие объяснения своему поведению предложит.

Метакогниции – это процессы саморегуляции и их обдумывание. Психотерапевт помогает клиенту развить в себе способность «замечать», «схватывать», «прерывать» и «отслеживать» свои мысли, чувства и поведение. Кроме того, психотерапевт должен убедиться в том, что при положительных изменениях в своем поведении, клиент отдает себе отчет в том, что он сам их осуществил.

И, наконец, КБТ подчеркивает ведущую роль *когнитивных структур* или *схем*. Исходно большая значимость приписывалась когнитивным событиям, но постепенно акцент переместился на схемы, концепция которых как заметил Барлетт (1932) была позаимствована из теории обработки информации. Схемы – это когнитивная репрезентация прошлого опыта, оказывающая влияние на восприятие опыта сегодняшнего и помогающая систематизировать новую информацию. Сафран и Сегал (1990) говорят, что схемы более всего похожи на негласные правила, организующие и направляющие информацию, касающиеся личности самого человека. Схемы влияют на процессы оценки событий и процессы приспособления.

3. В силу такой важности схем основной задачей когнитивно-бихевиорального психотерапевта является помощь клиентам в понимании того, как они строят и истолковывают реальность. В этом отношении КБТ работает в конструктивистском ключе.

Психотерапевт также помогает клиентам увидеть, как они непреднамеренно отбирают из информационного потока только то, что подтверждает уже существующие у них представления о самих себе и окружающем мире. – Когнитивно-бихевиоральная теория поддерживает интерактивное представление о поведении. Например, люди с хронической депрессией часто ведут себя так, что от них отворачиваются окружающие, и это лишний раз подтверждает сформировавшуюся у них убежденность в своей отверженности и

показывает, что их страх одиночества имеет под собой почву. Поэтому когда больной депрессией утверждает, что его «никто не любит», это скорее точное описание, чем когнитивное искажение. Однако при этом он не понимает того, что сам невольно вызвал такое отношение к себе. Задачей психотерапевта в таком случае является помочь клиенту разорвать порочный круг.

Поскольку КБТ стоит на конструктивистских позициях, она не считает, что существует «единственная реальность» или что задачей психотерапевта является обучить клиента или исправить его неправильные представления (такие, как ошибки мышления или иррациональные мысли). Скорее, КБТ признает существование «множественных реальностей», как в фильме Куро-савы «Расемон». Общая задача клиента и психотерапевта состоит в том, чтобы понять как клиент создает эти реальности и какой ценой он за это расплачивается. Более того, необходимо ответить на вопрос: хочет ли он платить своими эмоциями и отношениями с другими людьми? Что он теряет, продолжая придерживаться своих взглядов на самого себя и на мир? На эти вопросы отвечают не абстрактно, но экспериментируя с эмоциями во время психотерапевтических сеансов, создавая то, что Александер и Френч назвали «корректирующим эмоциональным опытом» (1946).

Вместе с клиентом рассматриваются возможности изменения личностных построений и поведения. Кроме того, во время сеансов большое внимание уделяется рассмотрению препятствий, которые могут стать на пути изменений.

4. У сегодняшнего варианта КБТ есть разногласия с психотерапевтическими подходами, стоящими на позициях рационализма и объективизма. Как заметили Неймейер (1985) и Махони (1988) при рационалистическом подходе клиент должен отслеживать и корректировать «неправильные» или «иррациональные» убеждения. Психотерапевт помогает ему выработать более правильный и объективный взгляд на реальность при помощи логического оспаривания, инструкций и сбора эмпирических доказательств, подвергающих неверные убеждения клиента проверке реальностью.

В противоположность этому, КБТ, будучи феноменологически ориентированной отраслью психотерапии, старается исследовать мировоззрение клиента при помощи недирективных рефлексивных методов. Психотерапевт пытается посмотреть на мир глазами клиента, вместо того, чтобы оспаривать или подвергать интерпретации его мысли. Основной способ достижения этой цели таков: психотерапевт «выбирает» из речи клиента ключевые слова и фразы и повторяет их с вопросительной интонацией, но не искажая смысла. Психотерапевт также может использовать полученную от клиента информацию о его прошлом и поведение во время психотерапевтических сеансов для того, чтобы помочь клиенту разобраться в своих чувствах.

5. КБТ придает большое значение процессам *сотрудничества* и *открытия*. Показателем хорошей работы психотерапевта является ситуация, когда клиент раньше него успевает предложить вариант ответа на какой-либо вопрос. Психотерапевт помогает клиенту собрать информацию (например, об

изменениях проблемы в зависимости от ситуации), а затем спрашивает, что можно было сделать по-другому. Если клиент говорит: «Я не знаю», – психотерапевт вторит ему: «Я тоже не знаю. Давайте подумаем, как можно узнать». Говоря «мы», привлекая клиента к сотрудничеству, психотерапевт как бы предлагает клиенту разделить ответственность, давая ему силы самому работать над своей проблемой. Цель КБТ – помочь клиенту стать своим собственным психотерапевтом. Для того, чтобы достичь этой цели, психотерапевт не должен быть дидактичным. При такой позиции психотерапевта клиент начинает экспериментировать со своими убеждениями, мнениями и предположениями, проверяя их правильность, постепенно переходя к экспериментам с новыми видами поведения. Некоторым пациентам нужен развернутый поведенческий тренинг (например, моделирование, репетиции, ролевые игры), прежде чем они смогут перейти к таким экспериментам.

6. Чрезвычайно важным для КБТ является предотвращение рецидивов. ... Психотерапевты вместе с клиентами рассматривают ситуации повышенной степени риска, в которых может произойти рецидив, а также разбираются мысли и чувства клиента, могущие привести к срыву. С ними также производится работа во время психотерапевтических сеансов. Когнитивно-бихевиоральные терапевты считают, что клиенты, как ученые, учатся на ошибках и неудачах. Без неудач не было бы движения вперед. Кратко говоря, психотерапевты помогают клиентам посмотреть на неудачи и разочарования как на уроки и испытания, а не как на катастрофы. Когнитивно-бихевиоральный психотерапевт служит проводником надежды, борясь с упадническим настроением и безнадежностью, беспомощностью и уязвимостью, с которыми клиенты к нему приходят. Он может даже сказать клиенту, что симптомы – это хороший знак, показывающий, что у клиента все в порядке с чувствами: «Принимая во внимание все, что Вам пришлось пережить, я не удивляюсь, что Вы подавлены (встревожены, разъярены). Я встревожился бы, если бы это было не так». Другими словами, для процесса изменения поведения существенно не то, что клиент подавлен, тревожен или разъярен (все это – нормальные реакции на превратности жизни), а скорее то, как он относится к этим эмоциональным реакциям. В когнитивно-бихевиоральной терапии используется весь спектр приемов когнитивного реструктурирования: социальное сравнение, парадоксальные техники, рефрейминг и т.д.

7. Все эти техники эффективны только в контексте отношений сотрудничества. Отношения, сложившиеся между клиентом и психотерапевтом, чрезвычайно важны для достижения положительных результатов. Сафран и Сегал (1990) ... убедительно доказали, что отношения в процессе психотерапии оказывают гораздо большее влияние на ее результат, чем специальные технические факторы (соотношение 45% к 15%). Когнитивно-бихевиоральные психотерапевты уделяют много внимания установлению и поддержанию отношений сотрудничества с клиентом. Для них очень важно, чтобы во время сеансов существовала атмосфера теплоты, эмпатии, эмоционального «созвучия», принятия и доверительности. Психотерапевтические

отношения в идеале – образец для построения отношений вне кабинета психотерапевта. Отношения с психотерапевтом дают клиенту мужество меняться. Более того, как отмечают Мейхенбаум и Терк (1987), такие отношения становятся важным фактором, помогающим преодолеть сопротивление клиента. Это чрезвычайно важно, поскольку в соответствии с имеющимися данными 70% пациентов отказываются от психотерапии после 4-го сеанса. Как заметили Сафран и Сегал (1990), КБТ признает нерасторжимость связи между психотерапевтическими техниками, личными качествами психотерапевта и его отношениями с клиентом.

Очень часто психотерапия становится слишком дидактичной, больше напоминая элементарную логику. При таком подходе у клиента нет возможности понять свой взгляд на вещи и поэкспериментировать с новым отношением к ним, попробовать создать другое представление о реальности и обдумать его возможные последствия. Сотрудничество же в процессе психотерапии дает клиентам мужество предпринять подобные личностные и поведенческие эксперименты. Часто изменение отношения к самому себе становится результатом поведенческих изменений и их следствий.

8. Все это связано с большим эмоциональным напряжением. Эмоции играют в КБТ очень важную роль. ... Так же, как Фрейд считал эмоции «королевской дорогой к бессознательному», мы считаем эмоции «королевской дорогой» к личностным схемам.

Существует множество способов «достучаться» до эмоций клиента; здесь мы коснемся лишь использования переноса. В общении с психотерапевтом клиенты часто используют эмоциональные образцы, сформировавшиеся в общении со значимыми людьми в прошлом. Психотерапевт как участник-наблюдатель этих отношений обсуждает их с клиентом. Здесь единицей анализа становятся не автоматические мысли или способ мышления, а манера, в которой пациент взаимодействует с психотерапевтом. Психотерапевт вместе с клиентом исследует как возникающие в процессе психотерапии эмоции, так и разнообразные факторы, приведшие к сегодняшним эмоциональным проблемам. В двух словах: КБТ помогает клиенту осмыслить его поведение. В результате клиент начинает понимать, что он не сошел с ума, что его убеждения не являются патологическими, как говорят некоторые теоретики. Мы стараемся привести клиента к осознанию того, что наличие у него определенных убеждений вполне объяснимо в силу того, что ему пришлось пережить, но что на данный момент эти убеждения, будучи перенесенными на новые жизненные обстоятельства, превратились в помеху на пути к достижению его целей. Как говорят психотерапевты системной ориентации, решения проблем, находимые клиентом, часто сами являются частью проблем.

КБТ считает, что осмысление происходящего с клиентом должно оцениваться не с точки зрения его *пригодности* с учетом обстоятельств. Неймейер и Фейксас (1990) заметили, что при конструктивистском подходе пригодность системы смыслов для адаптации интересует психотерапевта больше, чем ее правильность. Тейлор и Браун (1988) обнаружили, что мотивирован-

ное мышление (приверженность иллюзиям, отрицание существования проблемы, позитивный взгляд на себя и на окружающее) часто является адаптивным. Это кажется верным и по отношению к иллюзорным убеждениям, которые не выливаются в важные действия. Там, где бездействие не приносит вреда, мотивированное мышление может иметь адаптивный характер.

В когнитивно-бихевиоральной терапии не принято напрямую атаковать убеждения клиента, поскольку это может привести к «застреванию» на них. Психотерапевт, который хочет помочь клиенту изменить убеждения, должен идти «окольными путями». Есть разные способы сделать эмоционально окрашенные убеждения открытыми для перемен: можно сделать клиента своим соратником, уменьшить его защитные реакции, а можно показать ему его убеждения в преувеличенном виде, чтобы получить его реакцию. Процесс изменений обычно бывает насыщен «горячими» когнициями. «Холодные» когниции – представление информации, оспаривание, логика – редко помогают изменить убеждения, которых клиент упорно придерживается, и сопровождающее их поведение.

9. В последнее время когнитивно-бихевиоральная психотерапия большое значение стали придавать работе с семьями. ... Единицей анализа в КБТ в настоящее время являются примеры отношений в семье и общие для членов семьи системы убеждений. Более того, КБТ также заинтересовалась тем, как принадлежность к определенным социальным и культурным группам влияет на системы убеждений и поведение клиента. Например, тренинг устойчивости к стрессам теперь может проводиться для целых групп и организаций.

И, наконец, КБТ с успехом может применяться вне психотерапевтических кабинетов, как для лечения, так и в профилактических целях. Она уже использовалась при работе с должностными лицами, медсестрами, офицерами, преподавателями, директорами школ и другими группами. Одна из наиболее интересных попыток «поделиться» КБТ была предпринята Барбарой Васик и ее коллегами, которые в Университете штата Северная Каролина обучили группу социальных работников использованию этого вида психотерапии при работе с одинокими матерями недоношенных младенцев на дому. Я сам в данный момент занимаюсь подготовкой учителей и врачей к основанной на принципах КБТ работе с детьми и подростками (от 6 до 16 лет), страдающими эмоциональными нарушениями, а также с их семьями.

Резюме

Подводя итоги, можно сказать, что КБТ за время, прошедшее с ее основания, превратилась во влиятельную психотерапевтическую модель, как в теоретическом, так и в практическом плане. Впечатляют результаты – применения КБТ при работе с пациентами, страдающими униполярной депрессией, повышенной тревожностью, проблемами с проявлениями гнева, а также с семьями, в которых существуют эмоциональные проблемы, пациентами, страдающими сильными болями, алкоголиками и наркоманами и дру-

гими клиническими группами. Недавно КБТ обратила свое внимание на 2-ю группу психиатрических пациентов – на тех, кто находится в пограничном состоянии и у кого наблюдаются нарциссизм и антисоциальное поведение. Ясно, что с ними потребуется более кропотливая и долгая работа, чем с пациентами, входящими в первую группу.

Итак, основным в КБТ является следующее:

1. конструктивистская и интерактивная точки зрения;
2. важность схем;
3. ведущая роль эмоций;
4. значение психотерапевтических отношений, в особенности отношений сотрудничества;
5. роль прошлого, семейное и социокультурное влияние;
6. необходимость учета фактора переноса (а также контрпереноса);
7. обучение клиентов навыкам предупреждения рецидивов;
8. использование обучающей модели КБТ при работе с людьми смежных профессий.

Следуя этим направлениям, мы сможем способствовать интеграции в психотерапии. Возможно, появляющаяся сейчас система психотерапевтических принципов поможет навести порядок в Вавилоне нынешней психотерапии. Думаю, что КБТ могла бы в существенной степени помочь процессу интеграции.

Р. Нельсон-Джоунс

Консультирование по жизненным умениям ¹⁰

Что такое жизненные умения?

Термин «жизненные умения» сам по себе – нейтральное понятие. Жизненные умения могут быть сильными или слабыми сторонами в зависимости от того, помогают они людям выживать, а также повышать и сохранять потенциал или нет. Нейтральное определение данного термина следующее: *жизненные умения – это последовательности вариантов выбора, осуществляемые людьми в определенных областях навыков.* Положительное определение данного термина таково: *жизненные умения – это последовательности вариантов выбора, которые укрепляют психологическую жизнь и осуществляются людьми в определенных областях навыков.*

Что такое язык навыков?

Пользоваться языком навыков означает последовательно использовать понятие «навыки» при описании и анализе поведения людей. Что касается

¹⁰ Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб.: Питер, 2000. – С. 413 – 456 .

консультирования, использование языка навыков означает концептуализацию и общение, связанные с проблемами клиентов, с учетом сильных сторон и недостатков жизненных умений. Язык навыков обеспечивает относительно простой путь, с помощью которого и консультанты, и клиенты могут анализировать проблемы и работать с ними. Многие клиенты находят, что им легче рассматривать свои проблемы с учетом навыков, необходимых для работы над этими проблемами, чем признавать личную неполноценность или вину. В частности, использование языка навыков предполагает идентификацию определенных недостатков навыков мышления и действия, которые способствуют сохранению проблем клиентов. Чувства также важны. Однако чувства представляют животную природу людей и сами по себе не являются навыками. Люди могут оказывать на свои чувства как положительное, так и отрицательное влияние посредством использования навыков действия и мышления.

Существует различие между разговорным, описательным языком, используемым при обычной беседе, и функциональным языком, необходимым для людей, которые пытаются себе помочь.

Так как целью консультирования является оказание людям помощи в глубоком усвоении философии самопомощи, использование языка консультирования должно способствовать самообучению клиента. Тем не менее язык консультирования должен быть как можно более близок к разговорному, чтобы клиенты смогли понимать и применять его. Язык навыков обеспечивает психологически функциональное общение, близкое к общению, которое имеет место при разговоре.

При любом помогающем контакте используется по крайней мере четыре возможных языка, а именно: языки закрытой и открытой речи помогающего и клиента. Консультирование по жизненным умениям основано на образовательной теоретической структуре, выраженной на языке навыков, которым консультанты могут пользоваться и для закрытого, и для открытого разговора. Консультантам не требуется говорить на одном языке с самим собой, а на другом – с клиентами. Консультанты по жизненным умениям используют открытую речь, как свою, так и клиентов, для развития закрытой речи клиентов. При этом клиенты учатся понимать собственные проблемы и инструктировать себя через последовательности вариантов выбора, что позволяет справляться с проблемами. ... Следовательно, язык консультирования по жизненным умениям становится ориентированным на людей языком самоинструктирования и оказания самопомощи.

Три формы «Я»

Сущность человека – это то, что человек называет «Я». Это – центр его личной вселенной. «Я» имеет три главных компонента:

1. ... *Природное «Я»*. Каждый человек имеет фундаментальную биологическую внутреннюю природу, или внутренне ядро, генетических способностей, стремлений, инстинктов, остатков инстинктов и человеческих по-

тенциальных возможностей. Это – его животная природа. ... Тем не менее природное «Я» каждого индивида уникально в силу конкретных способностей, внутреннего процесса оценки, характера возбуждающих стимулов и порогов обусловливания и тревоги. Природное «Я» – это внутренняя природа человека, или биологическое ядро личности.

2. ...*Выученное «Я»*. Выученное «Я» – это продукт опыта научения людей. Использование Я-концепции – это традиционный способ рассмотрения выученного «Я».
3. ...*Исполнительное «Я»*. В то время как Природное и Выученное «Я» связаны с биологическими способностями людей, а их Выученное «Я» отражает полученный в прошлом опыт научения, Исполнительное «Я» связано со способностью *создавать* жизнь посредством совершения выбора как в настоящем, так и в будущем.

Таким образом, люди не только обладают своими «Я», но и непрерывно создают эти свои «Я». Люди могут выбирать те аспекты Природного и Выученного «Я», которые они желают развить. Это имеет особенно большое значение в консультировании по жизненным умениям, так как клиенты предпочитают развивать определенные навыки, необходимые для достижения личных целей. Исполнительное «Я» обеспечивает средства, с помощью которых люди могут справиться с неправильными восприятиями и недостатками навыков Выученного «Я», которые блокируют реализацию потенциальных возможностей Природного «Я».

Навыки мышления

Ниже приводятся краткие писания десяти областей навыков мышления. Используя язык навыков, консультанты могут опираться на понимание взглядов различных когнитивных теоретиков (таких, как Бек, Эллис), не попадая в ловушку различных языков их теоретических позиций. При описании навыков мышления используются обращения ко второму лицу (ты, вы); это поможет читателям глубоко осознать смысл этих навыков и убедиться в том, что консультантам и клиентам требуются одни и те же жизненные умения.

Признание собственной ответственности за выбор. Вы отдаете себе отчет в том, что вы – автор своего существования и можете выбирать, как вам думать, действовать и чувствовать. Вы осознаете, что ваше существование ограничено, например, неизбежностью смертью.

Ведение внутреннего разговора (с самим с собой), позволяющего справиться с ситуацией. Вместо того, чтобы говорить с самим собой негативно до возникновения определенных ситуаций, во время происхождения конкретных событий и после них, вы можете сформулировать самоутверждения, которые вас успокоят, помогут вам справиться с ситуацией и подтвердят навыки, которые вы имеете.

Выбор реалистических личных правил. Если ваши личные правила нереалистичны (например, «Я должен всем нравиться»), «Другие люди не должны

совершать ошибки», «Жизнь должна быть справедливой»), вы предъявляете иррациональные требования к самому себе, к другим людям и к окружающей среде. Вместо этого вы можете сформулировать реалистические правила, например «Я предпочитаю, чтобы меня любили, но нереалистично ожидать проявлений любви от каждого».

Предпочтение точного восприятия. Вы избегаете приклеивать себе и другим слишком негативные или слишком позитивные ярлыки. Вы проводите различие между фактом и предположением и делаете как можно более точные выводы.

Точное объяснение причины. Вы точно объясняете причины событий. Вы избегаете принимать на себя чрезмерно большую ответственность – не прибегаете к интернализации («Это – только моя вина») или к эстернализации («Это – исключительно их ошибка»).

Реалистичное предсказание. Вы реалистично представляете, какова степень риска и вознаграждения, связанных с совершением определенных действий. Вы точно оцениваете угрозы и опасности. Вы избегаете искажения соответствующих доказательств, не проявляя необоснованного оптимизма или, наоборот, пессимизма. Ваше представление о своей способности выполнять задачи вполне адекватно.

Постановка реалистических целей. Ваше кратко-, средне- и долгосрочные цели отражают вашу систему ценностей, они реалистичны, конкретны и имеют временную структуру.

Использование навыков мысленных представлений. Люди мыслят и яркими образами, и словами. Вы используете визуальные образы так, чтобы они вас успокаивали, помогали достигать целей и бороться с плохими привычками.

Принятие реалистического решения. Вы скорее смотрите прямо на решения, чем избегаете их, а затем составляете мнение, проходя через рациональный процесс принятия решения.

Предотвращение проблем и контроль над ними. Вы предвидите возникновение своих проблем и противостояте им. Вы определяете, какие навыки мышления и действия вам потребуются для решения этих проблем. Вы ставите цели и составляете план их достижения.

Навыки действия

Навыки действия предполагают наблюдаемое поведение. Навыки действия – это то, что и как вы делаете, а не то, что и как вы чувствуете и думаете. Навыки действия меняются в зависимости от области применения; например, они имеют свои особенности в области общения, обучения, работы, досуга, здоровья, социальной деятельности.

Существует пять основных способов передачи навыков действия. Я кратко опишу эти способы, обращаясь, как и ранее, к читателю во втором лице.

Вербальные послания. Послания, которые вы передаете словами.

Голосовые послания. Послания, которые вы передаете силой и тоном голоса, артикуляцией, акцентами и темпом речи.

Телесные послания. Послания, которые вы передаете посредством пристального взгляда, контакта глаз, выражения лица, положения тела, жестов, физической близости, одежды, ухоженности.

Послания, передаваемые посредством прикосновений. Это особая категория телесных посланий. При передаче этих посланий важно, какую часть своего тела вы используете для прикосновения, какой части другого человека вы касаетесь, насколько вы нежны или настойчивы, позволяет ли вам другой человек дотронуться до себя или нет.

Послания, передаваемые посредством действий. Это послания, которые вы передаете, не встречаясь с другими людьми непосредственно, например, посылая цветы или юридическое предписание.

Почему люди ведут себя неадекватно?

Люди могут поддерживать и сильные стороны жизненных умений, и их недостатки. *Приобретение* сильных сторон жизненных умений и их недостатков связано, скорее, с вопросом «Что делает по отношению ко мне окружающая среда?», чем с вопросом «Что я делаю по отношению к самому себе?», особенно когда дело касается детей. Молодые люди часто зависят от старших. Однако *поддержание* сильных сторон и недостатков жизненных умений – это другое дело. Здесь, отчасти потому что жизненные умения сохраняются и в зрелом возрасте, вопрос «Что я делаю по отношению к самому себе?» становится более важным, чем вопрос «Что сделала или делает по отношению ко мне окружающая среда?».

... Процессы, которые способствуют *поддержанию* недостатков жизненных умений: недостаточно полное использование языка навыков; дефицит навыков мышления; недостатки объяснения причин; нереалистичные личные правила; неточное восприятие; негативный разговор с самим собой; нереалистичные предсказания относительно возможности изменения (страх перед неизвестным, боязнь возникновения дискомфорта, боязнь неудачи и пр.); неизменные внешние обстоятельства.

Практика

Консультирование по жизненным умениям имеет *две главные цели*: развитие навыков, позволяющих справляться с определенными проблемами в настоящее время и в будущем, и развитие умелого человека.

DASIE: пятистадийная модель

Практика консультирования по жизненным умениям структурирована вокруг DASIE (РОСВоД) – систематической пятистадийной модели оказания

клиентам помощи как в решении проблем, так и в изменении связанных с этими проблемами жизненных умений. Данная модель обеспечивает структуру или набор руководящих принципов, которые позволяют консультанту сделать правильный выбор. Пять стадий DASIE (РОСВоД) следующие:

D (Develop) РАЗВИВАЙ отношения, точно определяй проблему (ы).

A (Assess) ОЦЕНИ проблему (ы) и переопредели ее, используя язык навыков.

S (State) СФОРМУЛИРУЙ рабочие цели и разработай план воздействия

I (Interven) ВОЗДЕЙСТВУЙ с целью развития навыков самопомощи

E (End) ДОВОДИ начатое до конца и укрепляй навыки самопомощи.

Стадия 1. Развивай отношения, точно определяй проблему (ы)

Стадия 1 начинается с установления контакта с клиентами и заканчивается с началом оказания помощи или во время первого собеседования; иногда эта стадия бывает более продолжительной. На данной стадии ставятся две частично совпадающие задачи: развитие поддерживающих отношений консультант – клиент и работа с клиентами по определению проблем более и их полному описанию. Поддерживающие отношения не ограничиваются предложением эмпатии, бескорыстной сердечности и искренности, консультанты стремятся более активно поощрять развитие независимости у клиентов. Природа поддерживающих отношений имеет свои особенности на различных стадиях модели. На стадии 1 консультанты применяют навыки общения для обеспечения моральной поддержки клиентов, в то время когда клиенты рассказывают и разрабатывают свои истории. На последующих стадиях консультанты пользуются навыками общения для того, чтобы способствовать оказанию тренирующих воздействий.

Многие навыки, используемые консультантами на стадии 1, те же самые, что и навыки, которые применяются при других подходах, например, рефлексивное реагирование и конфронтирование. Консультанты сотрудничают с клиентами, чтобы исследовать, разъяснить и понимать проблемы. Вместе они действуют как детективы – «разнюхивают» и выясняют, каковы реальные проблемы и программы клиентов. Затем они разбивают выявленные проблемы на составные части. Для того чтобы определить роль опроса на начальных занятиях, можно провести аналогию с растениями и их корневой системой. Например, клиент приходит к консультанту и говорит: «У меня депрессия. Помогите мне». Это заявление представляет собой надземную часть растения. Однако, слушая, наблюдая и эффективно опрашивая клиента, консультант начинает определять корни проблемы клиента в пяти различных областях. Например, клиент испытывает трудности при общении с супругом (ой), с родителями, не имеет друзей, мало занимается приятной деятельностью и получает мало удовлетворения от работы. После того, как оба, консультант и клиент, получают информацию о всеобъемлющей структуре проблемы, они могут приступить к развитию гипотез, касающихся того, как клиент способствует поддержанию проблемной сферы.

Консультанты могут использовать язык навыков при структурировании начальных сеансов. Например, можно начать сессию, дав клиентам разрешение в течение неограниченного времени излагать свою историю. После того, как клиенты высказутся, консультанты могут сделать следующее заявление, положив в его основу структуры оставшейся части занятия:

«Выслушав вас, я получил общее представление о причинах, по которым вы обратились ко мне. Теперь я хотел бы задать еще несколько вопросов с целью более точного определения вашей проблемы. Затем, в зависимости от того, что мы выясним, я предложу вам использовать такие навыки, которые помогут вам лучше справляться с ситуацией. После того как мы решим, какие навыки могли бы быть вам полезными, мы сможем рассмотреть способы их развития. Вас устраивает такой порядок работы?»

При структурировании консультанты могут кратко формулировать причины, по которым они придерживаются подхода, связанного с жизненными умениями. Например, консультант может сказать клиенту следующее:

«Может быть, вам стоит подумать о своих проблемах, учитывая какие умения вам требуются для того, чтобы лучше справляться с ситуацией. Таким образом вы получите своего рода «рукоятку» или рычаг для работы над изменениями. Подход, который я использую, предполагает, что большая часть поведения является выученной. Для того чтобы эффективно решать проблемы, люди должны проанализировать свой образ мыслей и действий. От бесполезного мышления и от совершения бесполезных действий можно отучиться, а полезные навыки можно выучить».

Уже на стадии 1 консультанты ищут способы повышения своей эффективности как психологических просветителей. Белая доска является важным орудием консультанта по жизненным умениям. Многие клиенты лучше понимают суть проблем, если составные части этих проблем представлены наглядно. Кроме того, клиенты могут легко переписать то, что пишут те, кто оказывает им помощь.

Рекомендация упражнений для выполнения дома является характерной чертой консультирования по жизненным умениям. Эффективность обучения между сеансами обеспечивается прослушиванием клиентами дома аудиокассет с записями консультационных сеансов. Кроме того, консультанты могут договариваться с клиентами о выполнении других видов домашнего задания, например о заполнении полевого дневника самонаблюдения.

Стадия 2. Оцени проблему (ы) и переопредели ее, используя язык навыков

Цель этой стадии – построить мост между описанием и активной работой над проблемами и лежащими в их основе недостатками умений. На стадии 1 проблемы описывали, детально рассматривали и уточняли в основном на повседневном языке. Описание проблем клиентов представляет собой скорее расширение их внутреннего кругозора, чем обеспечение их новым пониманием. На стадии 2 консультанты строят на основании собранной на ста-

дии 1 информации исследовательскую гипотезу, касающуюся того, как клиенты думают и действуют, поддерживая трудности. Консультанты дополняют восприятие клиентов и выходят за его пределы в поиске «рычагов», с помощью которых можно работать для достижения изменения. Консультанты сотрудничают с клиентами, чтобы «разложить» проблемы клиентов на навыки, составляющие их недостатки. В то время как стадия 1 может закончиться кратким изложением проблем с использованием повседневных терминов, стадия 2 заканчивается пересмотром, по крайней мере, либо главной, либо самой неотложной проблемы с использованием языка навыков.

На стадии 2 характер поддерживающих взаимоотношений меняется. На стадии 1 консультанты поддерживают клиентов, когда те излагают свои истории собственными словами. На стадии 2 консультанты помогают клиентам понять смысл их истории. На стадии 2 решающее значение имеет умение консультантов удерживать внимание клиентов на навыках. Сосредоточенность на навыках не означает, что консультанты немедленно переводят на язык умений все, что говорит клиент. Однако на заднем плане сознания у консультантов на стадии 2 всегда возникает вопрос: «Какие именно недостатки навыков подкрепляют проблемы клиентов?». Большинство клиентов не думают о своих проблемах на языке навыков, поэтому консультантам необходимо быть чуткими, когда они сообщают клиентам о том, что, возможно, у них имеются недостатки навыков мышления и действия.

Консультанты делают разные акценты на вопросах стадии 1 и стадии 2. На стадии 1 консультанты задают вопросы, чтобы точно определить, какова система взглядов клиентов. На стадии 2 консультанты, как правило, задают вопросы, исходя как из собственной системы взглядов, так и из системы взглядов клиентов. Большая часть вопросов основывается на информации, умышленно или неумышленно предоставляемой клиентами, – консультанты учитывают сведения, догадки (как что-либо было сказано, что осталось невысказанным), открытые и трудноуловимые признаки скрытых мыслительных паттернов. Главной задачей консультантов является точное определение недостатков навыков, однако достаточно большое внимание также уделяется определению сильных сторон навыков и ресурсов. Сильные стороны навыков рассматриваются как с целью определения навыков, позволяющих решать проблемы, так и для того, чтобы не дать оценкам превратиться в слишком негативные. Ниже приводится пример – консультант пытается помочь определить свои сильные стороны Таре, клиентке средних лет, которая отказалась от административной работы в университетском офисе.

Консультант: Прежде всего, я хочу вам задать вопросы, которые могут показаться немного странными. Как вы думаете, какие ваши сильные стороны позволяли вам справляться с проблемами в офисе и успешно работать?

Клиентка: Как я справлялась с проблемами? Моими сильными сторонами были... это трудно сформулировать, потому что я продолжаю сосредотачиваться на том, что делала неправильно.

Если консультанты еще не сделали этого, они могут предложить ценную идею – разбить проблемы на составляющие их навыки, которые способствуют их поддержанию данных проблем. Кроме того, консультанты объясняют клиентам, в чем различие между навыками мышления и навыками действия, при этом часто проводя аналогию между внутренней и внешней игрой. Ниже приведен диалог, в котором консультант закладывает основу для идентификации двух недостатков навыков мышления Тани: нереалистичного правила совершенства и стремления не принимать во внимание свои силы и положительную обратную связь других.

Консультант: У меня создалось впечатление, что здесь немного больше отрицательного, чем должно быть.

Клиентка: Это верно. Как мне кажется, в основе этого лежит следующий факт: я полагала, что должна делать все абсолютно совершенно.

Консультант: И это входит в правило совершенства.

Клиентка: Да.

Консультант: Да.

Клиентка: Я не была бы счастлива, если бы другие люди не говорили, что я – самый лучший менеджер в офисе.

Консультант: Верно, верно, верно.

Клиентка: Я недавно на улице встретила одного из своих бывших сотрудников на улице, и он сказал: «Вы – абсолютная легенда, и мы все время повторяем, что нуждаемся еще в одной Тане». В связи с этим мне остается только повторять: «Вот так так!»

Консультант: Верно, частично из-за своего «правила совершенства» вы чувствовали, что, возможно, не отвечали требованиям совершенства, но это и из-за того, что вы не воспринимали ни свои сильные стороны, ни тот факт, что университетский персонал считал вас просто замечательной.

Клиентка: Да.

Консультант: Но Таня не думала, что она замечательная.

Консультантам необходимо развивать навыки переопределения проблем в терминах навыков и доводить эти рабочие определения до сведения клиентов. Правильное переопределение предполагает перечисление основных недостатков навыков, которые способствуют сохранению проблем. Консультанты должны отличать самое важное от менее важного. Переопределения, которые являются слишком широкими, приводят клиентов в замешательство. Часто помогает запись переопределений в терминах умений на доске. Получение информации в наглядном виде помогает клиентам запоминать то, что вы говорите, и, если необходимо, предлагать изменения. Консультанты используют для наглядного представления слабостей навыков мышления и действия, способствующих сохранению проблем, простую Т-образную схему.

Т-схема переопределения проблемы, связанной с административной работой Тани в офисе.

Недостатки навыков мышления	Недостатки навыков действия
<p>Берет на себя недостаточно большую ответственность за осуществление выбора в процессе работы.</p> <p>Придерживается нереалистических личных правил, например таких: «Каждый должен одобрять мои действия», «Я должна быть совершенным менеджером».</p> <p>Неточно воспринимает действительность, например, неадекватно оценивает свои силы, игнорируя положительную обратную связь.</p> <p>Ведет негативный разговор сама с собой, например, о противостоянии коллегам со сложным характером.</p>	<p>Неуверенно дает распоряжения (отправляет слабовыраженные вербальные, голосовые и невербальные послания).</p> <p>Стремится получить поддержку, например со стороны руководителя отдела.</p>

Переопределения проблем в терминах навыков, иначе известных как Т-переопределения, следует обсуждать с клиентами. Консультантам необходимо иметь хорошо развитые навыки проведения опроса и фасилитации для проверки переопределений с клиентами. Если консультанты на стадиях 1 и 2 собрали информацию со знанием дела, переопределения навыков должны быть логически основаны на полученном материале. Клиенты, которые осмысливают свои проблемы вместе с консультантами, разделяя их понимание и подход, с большей вероятностью будут развивать у себя навыки оказания самопомощи, чем клиенты, сопротивляющиеся концептуализациям консультантов. Переопределения проблем в терминах навыков – это, по существу, гипотезы, основанные на осторожном анализе доступной информации о недостатках навыков мышления и действия клиентов. Являясь гипотезами. Переопределения могут быть модифицированы с учетом полученной в дальнейшем или более точной информации. Переопределение проблем в терминах навыков может оказаться трудным. Совершение ошибок при переопределении приводит не только к пустой трате времени и усилий, в результате клиенты могут оказаться еще в меньшей степени способными решать проблемы.

Стадия 3. Сформулируй рабочие цели и разработай план воздействия

В основе стадии 3 лежат переопределения консультантов в терминах навыков. Целью этих переопределений является фокусировка на вопросе: «Каков наилучший способ развития необходимых навыков оказания самопомо-

щи?». В стадии 3 выделяют две фазы: фазу формулирования рабочих целей и фазу планирования воздействия.

Формулирование рабочих целей

Цели могут быть сформулированы с различной степенью конкретизации. Во-первых, цели можно сформулировать в общих выражениях, например, так: «Я хочу чувствовать себя менее угнетенным», «Я хочу улучшить свой брак», «Я хочу примириться со своей нетрудоспособностью и вернуться к жизни». Такие общие формулировки целей позволяют клиентам понять, чего они хотят от консультирования. Однако общие формулировки относятся в большей степени к намерениям, чем к средствам. Во-вторых, цели могут быть сформулированы в терминах навыков, необходимых для осуществления соответствующих намерений. Этот уровень конкретизации требуется для третьей стадии. Если консультант добился успеха в переопределении проблем в терминах навыков, формулирование целей не должно быть связано с трудностями. Рабочие цели – это обратная сторона переопределений: сильные стороны навыков используются для положительного формулирования, для замены имеющихся недостатков. Например, целью навыков мышления Тани является развитие следующих умений: брать на себя ответственность за осуществление выбора в процессе работы; придерживаться реалистических личных правил относительно совершенства и одобрения; адекватно оценивать свои силы и воспринимать обратную связь со стороны других людей, вести с собой внутренний разговор, помогающий справляться с ситуацией при необходимости противостояния трудным коллегам. Целью навыков действия Тани является развитие умений уверенно давать распоряжения и получать поддержку.

В-третьих, цели можно сформулировать еще точнее. Например, умения Тани уверенно давать инструкции можно разбить на цели конкретных вербальных, голосовых и невербальных сообщений, адресованных различным намеченным людям. Каждый случай требует отдельного рассмотрения. Клиенты могут справляться только с определенным объемом информации в каждый конкретный момент. При излишней детализации на начальном занятии клиенты мало что сохраняют в памяти, если вообще что-то сохраняют. К детальным описаниям целей навыков лучше прибегать на более поздних сеансах. На стадии 3 консультанты должны изложить рабочие цели ясно и кратко. При использовании доски для записей консультанту могут изменять существующие переопределения навыков с целью превращения их в рабочие цели. Консультанты должны убеждаться в том, что клиенты понимают и принимают рабочие цели.

Планирование воздействия

Формулирование рабочих целей обеспечивает выбор вариантов воздействия. Консультанты выдвигают гипотезы не только относительно целей, но и относительно способов их достижения. Между воздействиями и планами существует важное различие. Воздействия – это намеренно осуществляемые виды поведения (как консультантов, так и клиентов), направленные на оказание клиентам помощи в достижении контроля над проблемами и в достижении целей навыков, связанных с этими проблемами. Планы – это определение того, как следует комбинировать воздействия и в какой последовательности их следует осуществлять, чтобы достигнуть рабочих целей.

Клиенты приходят к консультантам с широким спектром разнообразных проблем, ожиданий, мотиваций, приоритетов, временных ограничений, сильных сторон и недостатков жизненных умений. Консультанты «подгоняют» планы воздействия под индивидуальных клиентов. При необходимости оказать конкретную помощь, например, при наличии у клиента тревоги в связи с предстоящим неизбежным испытанием, консультанты, как правило, планируют развитие умения справляться с данной проблемой, уделяя меньше внимания изменению скрытых навыков, связанных с проблемой. При наличии достаточного времени для изменения навыков, связанных с проблемами, консультанты могут выбирать между структурированными и открытыми планами.

Структурированные планы – это построенные на основе принципа «шаг за шагом» тренинг и обучение основным принципам воздействия для достижения конкретных целей. Иногда структурированные планы предполагают использование существующего материала; например, консультанты развивают у клиентов навыки релаксации, применяя программу, в основе которой лежит материал, изложенный в книге Бернстайна и Борковца (Bernstein, Borkovec, 1973) «Тренинг прогрессирующей релаксации: руководство для профессий, связанных с оказанием помощи».

Консультанты и клиенты могут также составлять частично структурированные планы для достижения рабочих целей. Например, если клиент недавно был уволен, ему следовало бы отложить в сторону некоторые занятия и пройти тестирование с целью определения своих интересов и способностей, а также пройти краткий курс по развитию конкретных навыков действия, например навыков составления краткой автобиографии и прохождения собеседования для поступления на работу. Повестки дня последующих занятий обсуждаются в начале каждого очередного занятия.

Открытые планы позволяют оказывающим помощь консультантам и клиентам при отсутствии заранее определенной структуры выбирать нужные воздействия, определять, каких рабочих целей следует достигать и когда. Преимущество открытых планов заключается в том, что они являются гибкими. Клиенты могут быть в большей степени мотивированы работать над навыками и имеющим к ним отношение материалом в данное время, чем

проходить через заранее разработанные программы, не зависящие от текущих обстоятельств. Кроме того, ввиду того, что недостатки навыков проявляются у клиентов часто, работа, проделанная на одном занятии, может иметь самое непосредственное отношение к работе, которая направлена на решение тех же самых или других проблем и проводится на других занятиях.

Стадия 4. Воздействуй с целью развития навыков самопомощи

На стадии воздействий можно поставит три цели. Во-первых, помочь клиентам лучше справляться с представлением их проблем. Во-вторых, помочь клиентам в решении проблем, связанных с навыками, и в развитии сильных сторон навыков для предотвращения и разрешения конкретных ситуаций. В-третьих, помочь клиентам стать более умелыми людьми. Консультанты являются психологическими просветителями или, выражаясь разговорным языком, тренерами, которые дружественно относятся к клиентам. Для того чтобы оказывать эффективное воздействие, консультанты должны обладать хорошо развитыми навыками общения и обучения. Недостаточно знать, *какие* варианты воздействия следует предложить, надо также знать, *как* предложить эти варианты. Квалифицированные консультанты поддерживают баланс между отношениями и ориентацией на задачи; менее квалифицированные консультанты допускают ошибки в обеих областях.

Метод психологического обучения, или тренинга	Метод научения
Фасилитировать	Научение на основании самоанализа и более полного изучения самого себя
Оценивать	Научение на основании самооценки и самонаблюдения
Рассказывать	Научение на основании выслушивания
Показывать	Научение на основании наблюдения
Делать	Научение на основании выполнения структурированных действий и домашних заданий
Объединять	Научение на основании развития навыков оказания самопомощи с использованием всех вышерассмотренных методов

В таблице представлены методы психологического просвещения, или тренинга, и методы научения, использующиеся в консультировании по жизненным умениям. Консультанты большую часть времени работают с использованием трех методов тренинга, которые определяются глаголами «рассказывать», «показывать» и «делать». Консультантам требуются специальные навыки обучения для каждого клиента. Глагол «рассказывать» подразумевает

четкое инструктирование клиентов относительно навыков, которые они желают развить. «Показывать» – значит демонстрировать осуществление навыков. «Делать» означает создавать для клиентов условия, необходимые для выполнения структурированных действий и домашних заданий.

В индивидуальных занятиях на стадии воздействия можно выделить четыре нередко частично совпадающие фазы: подготовительную, начальную, рабочую и заключительную. В *предварительной фазе* консультанты заранее размышляют о том, как можно помочь клиентам. Консультанты обеспечивают, если это необходимо, наличие под рукой планов занятий; материалов, необходимых для проведения тренинга, например, отпечатанных текстов для раздачи; аудиовизуальных пособий, например досок для записей и магнитофонов для проигрывания аудиокассет. *Начальная фаза* состоит из встречи, приветствия и усаживания, затем дается разрешение говорить. В начальной фазе консультанты могут счесть необходимым обсудить план занятий. Например, консультанты могут вначале проверить, нет ли у клиентов каких-нибудь вопросов, требующих неотложного обсуждения, а затем обсудить домашнюю работу, которая была задана на прошлой неделе, и сфокусировать внимание на одном или нескольких навыках, связанных с проблемой и/или проблемами, существующими в жизни клиентов. При необходимости эти планы могут быть изменены в ходе занятий.

В рамках поддерживающих отношений *в рабочей фазе* консультанты фокусируют внимание на определенных воздействиях на навыки мышления и действия, предназначенные для оказания клиентам помощи в решении проблем и развитии сильных сторон жизненных умений. Всякий раз, когда это уместно, консультанты помогают клиентам использовать язык навыков. *Заключительная фаза* продолжается от момента окончания одной сессии до начала другой. В этой фазе внимание в основном уделяется подведению итогов, обобщению полученных сведений, обсуждению домашнего задания, подкреплению обязательств, взятых на период между занятиями, а также репетированию и осуществлению навыков вне рамок ситуации, связанной с оказанием помощи.

Характер воздействия на навыки мышления зависит от того, на какое умение направлено данное воздействие. Обычными действиями являются углубление сознания недостатков выбранного навыка, борьба с дефектным мышлением и обучение эффективному мышлению. Например, консультант, работающий с клиентом, одной из рабочих целей которого является развитие более реалистических правил относительно одобрения, может оказать воздействия в следующей последовательности: применение на практике навыков выбора реалистических личных правил и повышение осознания сути этих навыков; определение используемого в настоящее время нереалистического правила и его последствий; обсуждение нереалистического правила, преобразование нереалистического правила в более реалистичное, например: «Хотя я хотел бы нравиться своим коллегам, для меня важнее то, что я уважаю себя и делаю свою работу настолько хорошо, насколько могу»; побуждение клиента

к изменению своих действий в соответствии с измененным правилом, например путем повышения степени уверенности в себе; акцентирование на практике и оказании самопомощи.

Виды воздействия на навыки действия включают в себя развитие у клиентов навыков самонаблюдения, постановку дифференцированных задач, проведение репетиций и ролевых игр, включение в расписание различных видов деятельности, использование упражнений и игр, оказание клиентам помощи в обеспечении поддержки их измененных действий в домашней среде, окружающей клиентов. Часто консультанты по жизненным умениям, работая с клиентами, проводят индивидуальные эксперименты. Участвуя в таких экспериментах, клиенты используют новые навыки действия в условиях реальной жизни, руководствуясь данными тщательной проверки. Клиенты формулируют утверждения типа: «Если... тогда...». В части «если» таких утверждений клиенты обуславливают определенную ситуацию и навыки, которые они намереваются использовать в данной ситуации. В части «тогда» клиент прогнозирует последствия осуществления своего измененного поведения. После окончания периода репетирования и практики в условиях тренинга клиенты тщательно проверяют эффективность измененных навыков действия в реальной жизни. Затем вместе с консультантом они оценивают последствия.

При оказании воздействий, направленных на усиление фокусировки внимания клиентов на чувствах, консультанты придают особое значение развитию у клиентов навыков мышления и действия. При переопределении проблем и постановке рабочих целей консультантам необходимо проводить различие между переживанием чувств, выражением чувств и управлением нежелательных чувств. Виды воздействий, направленных на оказание клиентам помощи в *переживании* чувств, включают в себя «узаконивание» важности чувств, вознаграждающее выслушивание, вопросы о чувствах, ролевой игры, борьбу с неаутентичностью, тренинг навыков внутреннего выслушивания и развитие соответствующих навыков мышления. Виды воздействий, направленных на оказание клиентам помощи в *выражении* чувств, такие же, как и описанные выше виды воздействий, направленных на развитие навыков действия. Характер воздействия, направленного на оказание помощи в управлении нежелательными чувствами, зависит от чувства, которым надо управлять. Например, воздействия на навыки мышления, оказываемые с целью управления депрессией, могут быть направлены на отрицательные прогнозы, нереалистичные личные правила, неадекватные отрицательные представления о себе, слишком большую ответственность за то, что происходят отрицательные события. Воздействия, оказываемые на навыки действия с целью управления депрессией, могут подразумевать развитие навыков общения, повышение асертивности, использование навыков, связанных с приятной деятельностью.

Укреплять приобретенные клиентами навыки оказания самопомощи следует в конце каждого занятия и в интервалах между ними. Консультанты часто

просят клиентов заполнить специальные таблицы в качестве домашнего задания. Письменное инструктирование по выполнению домашнего задания помогает консультантам убеждать клиентов в том, что выполнение домашнего задания очень важно, помогает разъяснять клиентам наиболее важные моменты, позволяет представлять в письменной форме то, что может быть использовано в качестве напоминания.

Стадия 5. Доводи начатое до конца и укрепляй навыки самопомощи

Как правило, консультанты и клиенты начинают задумываться об окончании курса консультирования задолго до заключительной сессии. Это позволяет обеим сторонам проработать различные вопросы, связанные с окончанием контакта. Целесообразно постепенно свести контакт с клиентами на нет, встречаясь с ними все реже и реже. Некоторые клиенты могут быть признательны консультантам за проведение нескольких дополнительных занятий спустя один, два, три или даже шесть месяцев после окончания цикла. Проведение таких дополнительных занятий дает клиентам и консультантам возможность оценить прогресс и укрепить навыки оказания самопомощи. Также полезной может оказаться организация в последующем разговоров между клиентами и консультантами по телефону.

Консультанты по жизненным умениям стремятся избегать подхода «тренируйся и надейся». Например, до начала заключительной стадии консультанты структурируют реалистические ожидания при обсуждении рабочих определений и целей с клиентами. Концепция жизненных умений далека от таких понятий, как «волшебство» и «исцеление». Консультанты неоднократно повторяют, что клиенты должны работать и практиковаться не только для того, чтобы приобрести намеченные жизненные умения, но и для того, чтобы поддерживать их.

Консультанты пытаются помочь клиентам овладеть навыками самонаблюдения и оценки. Консультанты побуждают клиентов к передаче и поддержанию навыков, развивая способность клиентов к самоинструктированию, работая в контексте реальных жизненных ситуаций в процессе оказания помощи, рекомендуя клиентам продуктивно использовать время между занятиями посредством прослушивания кассет с записью занятий, репетирования и практического применения навыков. Консультанты часто делают короткие записи на кассетах с целью научить клиентов использовать конкретные навыки в конкретных ситуациях. Например, консультанты учат клиентов вести позволяющий справиться с ситуацией внутренний разговор, чтобы совладать с тревогой, возникающей в ожидании броска с первой отметки для мяча при игре в гольф. Консультанты рекомендуют клиентам записывать на кассеты позволяющий справиться с ситуацией внутренний разговор, который может оказаться полезным в других ситуациях, например при движении по правильному курсу к первой ямке. Таким образом, клиенты не только обзаводятся кассетами, которые они смогут использовать для сохранения навыков в будущем, но

и приобретают навыки записи новых кассет, которые могут понадобиться в дальнейшем.

Кроме того, работая с клиентами, консультанты стремятся предугадывать возникновение трудностей и рецидивов. Затем они вместе развивают и репетируют стратегии, позволяющие справляться с ситуацией, с целью предотвращения отклонений и рецидивов и осуществления контроля над ними. Иногда клиентам нужно помочь определить, какие люди смогут поддержать их усилия по сохранению навыков. Консультанты также предоставляют клиентам информацию о благоприятных возможностях для формирования навыков в дальнейшем.

Применение модели

Консультанты в интересах клиентов должны гибко применять консультационную модель (DASIE). Взятие проблем под контроль и изменение связанных с проблемами навыков редко соответствует четко определенным стадиям. Стадии, как правило, частично совпадают. Консультанты также могут возвращаться к более ранним стадиям по мере появления новой информации или возникновения новых проблем.

DASIE – это новая модель центральной тенденции. Используя эту модель, консультанты исходят из того, что курс консультирования, как правило, является относительно краткосрочным (обычно курс состоит из 3 – 10 занятий), и внимание фокусируется на одной или двух главных проблемах и проблемных областях навыков. Следует отметить, что курс консультирования может быть очень коротким, например, состоять из 1 или 2 занятий, или курс может быть продлен от 10 до 20 и более занятий. При проведении как краткого, так и продленного курса консультирования консультанты должны решить, на что стоит ориентироваться – на личность или на задачу. Например, при проведении краткого курса консультирования может быть не целесообразно фокусировать внимание на навыках в самом начале, если клиент недавно перенес тяжелую утрату и нуждается в каком-то периоде времени, чтобы поведать свою историю и пережить печаль. С другой стороны, немедленная фокусировка внимания на навыках может быть весьма уместной в случае, когда клиент встревожен из-за предстоящих собеседований, связанных с приемом на работу. Поскольку необходимость оказания расширенной помощи может быть обусловлена различными причинами, невозможно дать односложный ответ на вопрос, как следует поступать в подобных случаях. Уязвимые клиенты нуждаются в более мягком и заботливом отношении, чем сильные клиенты, и им может потребоваться больше времени для понимания того, как они подкрепляют свои проблемы. Однако здесь возможно и чрезмерное обобщение. С начального занятия некоторые уязвимые клиенты могут высоко оценивать определение одного или двух конкретных недостатков навыков и работу по их преодолению.

Применение консультационной модели DASEI предполагает, что консультанты обладают адекватными навыками как мышления, так и действия. Консультанты выходят за пределы повседневного языка, чтобы осмысливать проблемы в терминах навыков. Консультанты должны обладать хорошо развитыми навыками общения и обучения. Кроме того, консультантам по жизненным умениям необходим репертуар конкретных воздействий, связанных с проблемами клиентов и навыками, имеющими отношение к этим проблемам. Создание репертуара воздействий требует больших затрат времени и усилий. Умение оказать квалифицированную помощь в сфере жизненных умений – это вызов всей жизни.

Другие применения

Консультирование по жизненным умениям может использоваться, чтобы помочь клиентам противостоять как экзистенциальным заботам, так и непосредственным проблемам. Например, некоторые люди неизлечимо больны раком. Им может потребоваться содействие по крайней мере в четырех областях. Консультант должен помочь своему неизлечимо больному клиенту столкнуться лицом к лицу со смертельной тревогой и примириться с ней; справиться с проблемами, возникающими в связи с обусловленными раком переживаниями, например с изменениями во внешности, ухудшением здоровья; справиться с проблемами, которые имеются у клиента независимо от наличия заболевания, например с приводящим к частому возникновению стресса образом жизни, плохими отношениями с супругом (ой); найти смысл для оставшегося периода жизни. Квалифицированный консультант по жизненным умениям не обойдет вниманием все эти области и проявит готовность в них работать.

Консультирование по жизненным умениям применяется в группах. Во-первых, концепции жизненных умений могут быть вплетены в работу групп, основанную на взаимодействии. Например, члены консультационных групп могут использовать язык навыков, чтобы анализировать либо общение в пределах группы, либо проблемы членов группы, возникающие за ее пределами. Консультанты, работающие с группами, могут также помогать членам группы развивать соответствующие навыки мышления и действия. Во-вторых, принципы консультирования по жизненным умениям могут быть распространены на работу групп, члены которых обучаются жизненным умениям (например, навыкам выслушивания или навыкам управления стрессом). Ключевыми характеристиками таких групп является использование языка навыков, договоренность относительно целей выработки навыков ясного мышления и действия, предложение поддерживающих отношений, использование хороших навыков обучения и подчеркивание особой важности укрепления выученных навыков оказания самопомощи.

Прежде всего, консультирование по жизненным умениям – это подход, направленный на обучение навыкам оказания самопомощи. «Эlegantное» использование данного подхода подразумевает, что клиенты способны применить его при решении как старых, так и новых проблем. Консультационная модель DASEI может быть превращена в модель оказания самопомощи CASIE:

C (CONFRONT) ПРОТИВОСТОЯТЬ своей проблеме, четко определять и уточнять ее.

A (ASSESS) ОЦЕНИВАТЬ свою проблему и переопределять ее в терминах умений.

S (STATE) ФОРМУЛИРОВАТЬ рабочие цели и составлять план воздействий с целью оказания самопомощи.

I (IMPLEMENT) ОСУЩЕСТВЛЯТЬ свой план.

E (EVALUATE) ОЦЕНИВАТЬ последствия выполнения своего плана.

Если люди должны укрепить свою психологическую жизнь, им необходимо мужество и соответствующие навыки.

Вопросы для самопроверки

В процессе работы с текстами сформулируйте ответы на следующие вопросы:

1. Какие важнейшие теоретические предпосылки лежат в основе когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии и консультирования?
2. В каких базисных терминах отражена сущность когнитивно-поведенческого подхода в психотерапии и консультировании?
3. Какие методы были выделены из недр поведенческой психотерапии, в чем заключается их главная суть?
4. Какую схему когнитивно-бихевиоральной терапии предложил Дж. Вольпе?
5. В чем состоит сущность бихевиоральной терапии невротиков?
6. Раскройте взгляды Дж. Вольпе на невротическую депрессию и ее причины.
7. Расскажите о четырех видах взаимосвязи между тревожностью и невротической депрессией с точки зрения Дж. Вольпе.
8. Дайте краткую характеристику Рационально-эмотивной терапии (РЭТ) А. Эллиса: базовые принципы, основные цели и задачи.
9. Раскройте концепцию самооценки в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса.
10. В чем состоит сущность модели ABC в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса и как она используется в психотерапии?

11. Каковы представления о психическом здоровье в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса?
12. Каково определение Когнитивной психотерапии А. Бека и в чем заключаются основные принципы ее модели?
13. Какие способы мышления А. Бек называет ошибочными?
14. Как обнаруживаются в когнитивной терапии А. Бека автоматические и ошибочные мысли?
15. Какие важнейшие бихевиоральные техники применяются в когнитивной психотерапии А. Бека?
16. Как осуществляются изменения при конкретных нарушениях (депрессия, травматический невроз, повышенная тревожность, фобия и пр.)?
17. Раскройте сущность взглядов Д. Мейхенбаума на главные принципы, цели, задачи и основной предмет когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ).
18. Раскройте содержание понятий «когнитивное событие» и «когнитивные процессы» в теории Д. Мейхенбаума.
19. Какие способы раскрытия эмоционального мира клиента существуют в когнитивно-бихевиоральной терапии с точки зрения Д. Мейхенбаума?
20. В чем состоит сущность Консультирования по жизненным умениям Р. Нельсона-Джоунса: ее основные цели и задачи?
21. Что означают понятия «жизненные умения», «язык навыков» в концепции Р. Нельсона-Джоунса?
22. Каково содержание «Я» по Р. Нельсону-Джоунсу?
23. Раскройте содержание десяти областей навыков мышления в концепции Р. Нельсона-Джоунса.
24. Что такое «навыки действия» в концепции Р. Нельсона-Джоунса и каковы способы их передачи?
25. Дайте краткую характеристику пятистадийной модели DASIE в практике консультирования по жизненным умениям.

Выполните задания, позволяющие выработать навыки самоанализа:

1. Приведите примеры собственных конкурирующих реакций, которые были направлены на торможение тревоги, которую вы переживали, проявляя определенные реакции.
2. Определите, какое поведение вы давно хотите изменить. В течение одной недели ведите записи в дневнике самонаблюдений.
3. Разработайте положительную программу самоподкрепления. Определите а) свою цель (используя термины поведенческого консультирования); б) способы наблюдения за своим поведением, определения основы и оценки прогресса; в) положительный подкрепляющий стимул (стимулы), который вы намереваетесь использовать; г) условия обеспечения самого себя положительным подкрепляющим стимулом; д) разработайте поэтапную мо-

- дель реализации поставленной вами цели и определите точные сроки ее выполнения.
4. Приведите примеры имеющихся у вас внутренних стандартов, которые являются: а) функциональными при оказании вам помощи в регулировании поведения; б) дисфункциональными.
 5. Идентифицируйте по крайней мере две иррациональные установки, основанные на жестко требующем мышлении, относительно себя самого, других, условий, в которых вы живете. Рассмотрите их и ответьте на следующие вопросы: а) как вы приобрели эти убеждения? б) как вы сохраняете их?
 6. Составьте список факторов, которые в период вашего взросления, возможно, внесли вклад в усвоение вами ошибочных способов обработки информации. Определите характерные когнитивные ошибки в используемом вами способе обработки информации.
 7. Идентифицируйте специфическую проблемную область в своей жизни. Какой вклад внесли (вносят) отсутствие информации и получение неправильной информации в приобретение и сохранение этой проблемы?
 8. Идентифицируйте один из ваших недостатков жизненных умений и расскажите как вы его приобрели.
 9. Противопоставьте себя какой-нибудь проблеме, существующей в вашей жизни, и переопределите ее в терминах навыков, выявив по крайней мере один недостаток навыков мышления и один недостаток навыков действия. Переведите недостатки навыков мышления и действия, идентифицированных выше, в формулировки рабочих целей, составьте план достижения этих целей, осуществите его и оцените последствия.

Коротко об авторах

Вольпе Джозеф (род. в 1915 г.) – американский психиатр. Ранее возглавлял кафедру бихевиоральной терапии на медицинском факультете университета г. Темпле (США). В настоящее время является профессором психиатрии в Медицинском колледже штата Пенсильвания. Автор трех книг, более 200 статей, создатель «Журнала бихевиоральной психотерапии и экспериментальной психиатрии». Автор метода в психотерапии, основанного на идее реципрокного торможения и предназначенного для разобусловливания невротических реакций страха. На основе других теоретиков научения (И. Павлов, К. Халл и др.) разработал представления о научении невротическому поведению и об отучении от него. Американская психологическая ассоциация удостоила доктора Вольпе награды за особые заслуги в прикладной психологии.

Эллис Альберт (род. в 1913 г.) – американский клинический психолог и психотерапевт, работавший ранее в рамках психоаналитического подхода. Основоположник метода рационально-эмотивной терапии – одной из самых известных психотерапевтических когнитивной ориентации. В отличие от

психоанализа метод Эллиса ориентируется не на использование конфликтного инфантильного опыта пациентов, а на коррекцию их иррациональных установок, а также на гораздо более активную и директивную позицию психотерапевта. Он является главным протагонистом структурной модели, в которой подчеркивается значение когниций как структурирующих и регулирующих компонентов для эмоциональных, физиологических и моторных процессов.

Бек Аарон (род в 1921 г.) – профессор психиатрии, а профессор педагогической аспирантуры университета в штате Пенсильвания, внештатный профессор психиатрии университета г. Темпле. Пионер когнитивной терапии и крупный специалист в области лечения депрессий. Автор многочисленных книг и статей о применении когнитивной терапии в целях предотвращения суицидов и при эмоциональных нарушениях: депрессии, тревожности, фобиях. Признает, что на развитие теории и практики когнитивного консультирования оказали влияние многие философы, психологи и психиатры и вслед за И. Кантом, М. Хайдеггером, А. Адлером и Г. Салливаном подчеркивает значение влияния на поведение мнение индивида о себе и своем внутреннем мире. Бек разработал основы когнитивного консультирования, или когнитивной терапии. При этом активно использовал некоторые положения психоаналитической теории З. Фрейда, рационально-эмотивного консультирования А. Эллиса, лично-центрированного консультирования К. Роджерса. Наибольшее значение придает процессу обработки информации исходя из предпосылки, что способ, которым люди интерпретируют опыт, определяют то как они чувствуют себя и как они действуют.

Мейхенбаум Дональд (род. в 1940) – профессор психологии в университете Ватерлоо (Канада), степень доктора философии получил в университете штата Иллинойс (США) в 1966 году. Автор шести книг и многочисленных статей, в основном посвященных когнитивно-бихевиоральной модификации и проблемам стресса. Сторонник объединения клинических задач динамической психологии и системных подходов с техниками бихевиоральной терапии. Является соредктором журнала «Исследования в области когнитивной терапии» и редактором серии публикаций по проблемам стресса.

Нельсон-Джоунс Ричард (род. в 1936 г.) – английский психолог-консультант, доктор философии, основатель Лондонского центра консультационной психологии. Является автором консультирования по жизненным умениям (иначе – терапии жизненных умений), объединившего и переработавшего лучшие достижения теоретиков и практиков консультативной психологии: лично-центрированный подход К. Роджерса, различные версии поведенческой терапии (А. Бека, А. Эллиса, А. Лазаруса, Д. Мейхенбаума), а также экзистенциальной терапии (В. Франкла, И. Ялома, Р. Мэя, А. Маслоу и др.). Его подход обеспечивает концептуальную структуру, в рамках которой можно систематически решать вопросы, связанные с человеческим развитием; предлагает язык, или словарь, с помощью которого можно вести консультативную беседу. Как совокупность ряда исследовательских гипотез, подход Нельсон-Джоунса значительно расширяет исследовательскую перспективу

консультантов. Например, позволяет четко анализировать процесс и результаты применения консультантами и клиентами «языка жизненных умений» в ходе работы, а также применять клиентам этот язык после завершения консультирования с целью сохранения навыков оказания самопомощи.

Дополнительная литература:

1. Айви А., Айви М.Б., Саймэк-Даунинг Л. психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. – М.: Психотерапевтический колледж, 1999. – 487 с.
2. Александров А.А. Современная психотерапия. Курс лекций. – СПб.: Академический проект, 1997. – 335 с.
3. Бондаренко А.Ф. Психологическая помощь: теория и практика. – К.: Укртехпресс, 1997. – 216 с.
4. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. – СПб.: Речь, 2001. – 352 с.
5. Нельсон-Джоунс Р. Теория и практика консультирования. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
6. Уоллен С., ДиГусепп Р., Уэслер Р. Рационально-эмотивная терапия: когнитивно-бихевиоральный подход. – М.: Институт Гуманитарных знаний, 1997. – 257 с.
7. Хайл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. – СПб.: Восточно-Европейский Институт Психоанализа; Речь, 2001. – 784 с.
8. Эволюция психотерапии. Т. 2. «Осень патриархов»: Психоаналитически ориентированная и когнитивно-бихевиоральная терапия. – М.: Класс, 1998. – 416 с.
9. Skinner B. Science and human behavior. – N. Y.: Macmillan, 1953. – 453 p.

Содержание

Введение	3
Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии и консультировании: теоретические основы, базисная терминология, эволюция развития.....	4
Вольпе Дж. На пути к созданию научной психотерапии.....	9
Вольпе Дж. Анализ индивидуальной динамики заболевания при лечении депрессии.....	13
Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса: Эволюция рационально-эмотивной и когнитивно-бихевиоральной терапии.....	20
Эллис А. Концепция самооценки.....	35
Эллис А. Пересмотр основ рационально-эмотивной терапии.....	37
Когнитивная психотерапия А. Бека.....	57
Бек А. Когнитивная терапия	58
Мейхенбаум Д. Эволюция когнитивно-бихевиоральной терапии: ее истоки, принципы и примеры из клинической практики.....	79
Нельсон-Джоунс Р. Консультирование по жизненным умениям.....	86
Вопросы для самопроверки.....	105
Коротко об авторах	107
Дополнительная литература.....	109

Позиция №
в плане издания
учебной литературы
МГУ на 2002 г.

Составитель Т. В. Власова

Рецензенты:

В.А. Сакутин, канд. филос. наук,
профессор каф. философии ПИППКРО

В. В. Калита, канд. психол. наук, зав. каф.
ПФиПТ МГУ ГИ им. Г. И. Невельского

уч.-изд. л.
Тираж 100 экз.

Формат 60 x 84
Заказ №

Отпечатано в типографии МГУ им. адм. Г. И. Невельского
Владивосток, 59, ул. Верхнепортовая, 50-а.

