

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
АМУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
(ФГБОУ ВО «АмГУ»)

БИХЕВИОРАЛЬНО-КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
сборник учебно-методических материалов
для специальности 37.05.01 – Клиническая психология

Благовещенск, 2017

*Печатается по решению
редакционно-издательского совета
факультета социальных наук
Амурского государственного
университета*

Составитель: Павлова Е.В.

Бихевиорально-когнитивная психотерапия: сборник учебно-методических материалов для специальности 37.05.01 Клиническая психология. – Благовещенск: Амурский гос. ун-т, 2017. – 74 с.

© Амурский государственный университет, 2017

© Кафедра психологии и педагогики, 2017

© Павлова Е.В., составление

СОДЕРЖАНИЕ

1. Краткое изложение лекционного материала	4
2. Методические рекомендации (указания) к практическим занятиям	70
3. Методические указания для самостоятельной работы студентов	73

1. КРАТКОЕ ИЗЛОЖЕНИЕ ЛЕКЦИОННОГО МАТЕРИАЛА

Тема 1. Бихевиоризм и необихевиоризм. Предпосылки возникновения когнитивно-бихевиорального направления.

Понятие и предпосылки возникновения бихевиоризма. Методология бихевиористской концепции в трудах Дж. Уотсона. Научение как основа формирования личности. Ограничения объяснительной схемы «стимул-реакция» и возможные альтернативы. Оперантное обусловливание в концепции Б. Скиннера. Разработка методов целенаправленного обучения, управления и коррекции поведения. Изучение оперантного поведения. К. Халл: формирование гипотетико-дедуктивного подхода к изучению поведения, анализу факторов, влияющих на характер связи S-R. Исследование социальных взаимодействий, лежащих в основе образования «Я» в трудах Д. Мида. Исследование социального научения (А. Бандура). Роль когнитивных процессов в социальном научении и управлении поведением человека. Изучение деятельности системы «организм-среда», формирование целостного, молярного подхода к проблеме поведения в работах Э. Толмена. Теория когнитивного бихевиоризма Э. Толмена.

Бихевиоризм (от англ. behavior – поведение) – это крупное психологическое направление, началом которого считают статью американского психолога Д. Уотсона «Психология с точки зрения бихевиориста» (1913 г.). Однако предпосылки возникновения бихевиоризма складывались уже задолго до этого. В качестве основных предпосылок возникновения бихевиоризма выделяют следующие:

- неспособность «академической», интроспективной «психологии сознания» удовлетворять требованиям практики;
- философия позитивизма и прагматизма, которая нашла себе благодатную почву в США;
- исследования поведения животных (Э. Торндайк и другие);
- психологические и физиологические идеи ученых (И.П. Павлов, В. М. Бехтерев).

Истинный смысл событий, связанных с возникновением и быстрым развитием бихевиористического направления заключается в изменении понятия о психике.

Одним из пионеров бихевиоризма является Эдвард Торндайк (1874-1949). Он сам называл себя «коннексионистом» (от англ. «коннексия» – связь), а не бихевиористом. Однако об исследователях, а также об их концепциях судят по их роли в развитии познания, а не по тому, как они себя называют, а работы Торндайка открыли первую главу именно в развитии бихевиоризма.

Свои выводы Торндайк описал в 1898 году в докторской диссертации «Интеллект животных. Экспериментальное исследование ассоциативных процессов у животных». В собственных исследованиях он употреблял традиционные термины – «интеллект», «ассоциативные процессы», но наполнял их совершенно новым, отличающимся от предыдущих взглядов, содержанием. Именно эту работу И.П. Павлов счел пионерской в объективных исследованиях поведения.

Тот факт, что интеллект имеет ассоциативную природу, было известно еще со времен Гоббса. То, что интеллект обеспечивает успешное приспособление животных к окружающей среде, стало общепринятым после Спенсера. Но именно опыты Торндайка впервые показали, что природа интеллекта и его функция могут изучаться и оцениваться без обращения к идеям или каким-либо другим явлениям сознания. Ассоциация в данном случае означала уже не связь между идеями либо между идеями и движениями, как в предшествующих ассоциативных теориях, а между движениями и ситуациями.

Весь процесс научения описывается Торндайком в объективных терминах. Он использует идею о «пробах и ошибках» как регулирующем начале поведения, что имеет глубокие методологические основания. Это означало переориентацию психологической мысли на новый способ детерминистского объяснения своих объектов. Понятие «проб и ошибок» составляло одну из предпосылок эволюционного учения Ч. Дарвина. Поскольку возможные способы реагирования на постоянно меняющиеся условия внешней среды не могут быть предусмотрены в структуре и способах поведения живого организма, согласование этого поведения со средой реализуется только на вероятностной основе.

Э. Торндайк изучал на животных законы интеллекта как научения путем проб, ошибок и случайного успеха. В экспериментальных исследованиях с животными Торндайк использовал

сконструированные им «проблемные ящики», которые представляли собой устройства различной сложности. Помещая в проблемный ящик животное (собаку, кошку), Э. Торндайк осуществлял наблюдение за их двигательными реакциями, связанными с выходом из ящика и получением подкрепления рефлекса (корма). Он установил, что, добившись случайного успеха при эвакуации из неволи, в случае повторения опыта, животное уменьшает количество тех действий, которые не приводят к свободе.

Э. Торндайк сформулировал следующие законы научения:

- закон упражнения, в соответствии с которым прочность связи между ситуацией и реакцией на нее обусловлена частотой повторения;
- закон эффекта, смысл которого состоит в том, что прочность связи возрастает, если процесс ее установления связан с получением удовольствия;
- закон готовности, который подразумевает, что скорость установления связи зависит от особенностей нервной системы субъекта.

Принцип «проб, ошибок и случайного успеха», согласно Торндайку, объясняет приобретение живыми существами новых форм поведения на всех уровнях развития. Этот принцип имеет очевидные преимущества, по сравнению с традиционной (механической) рефлекторной схемой. Рефлекс (в его понимании до Сеченова) означал фиксированное действие, ход которого определялся так же строго фиксированными в нервной системе путями. Этим понятием не представлялось возможным объяснить адаптивность реакций организма и его обучаемость.

Э. Торндайк исходным моментом двигательного акта считал не внешний импульс, а проблемную ситуацию, то есть такие внешние условия, для приспособления к которым организм не имеет готовой формулы двигательного ответа, а вынужден построить ее собственными усилиями. Связь «ситуация – реакция» в отличие от рефлекса (в его механистической трактовке) характеризовалась следующими признаками:

- исходным пунктом является проблемная ситуация;
- организм противостоит ей как целое;
- он активно действует в поисках выбора;
- организм выучивается путем упражнения.

Прогрессивность данного подхода является очевидной, так как Торндайк, устранив сознательное стремление к цели, удержал идею об активных действиях организма, смысл которых состоит в решении проблемы с целью адаптации к среде.

Итак, Торндайк существенно расширил область психологии и показал, что она распространяется далеко за пределы сознания. Раньше предполагалось, что за пределами сознания психолога могут интересовать только бессознательные явления, которые скрываются в «тайниках души». Именно Торндайк значительно изменил ориентацию, в результате чего сферой психологии оказалось взаимодействие между организмом и средой. Торндайк называет связь между реакцией и ситуацией коннексией. Если говорить языком последующей психологии, коннексия – это элемент поведения. Таким образом, Э. Торндайк в большей степени, чем кто-либо другой, подготовил возникновение бихевиоризма.

Начало бихевиоризму положила статья Дж. Б. Уотсона «Психология, какой ее видит бихевиорист» («Psychology as the Behaviorist Views It»), опубликованная в 1913 г. в «Психологическом обозрении» («Psychological Review»). Радикальная для того времени позиция Уотсона заключалась в том, что психологи должны изучать исключительно поведение, а не интеллект или психическую деятельность. Уотсон признавал единственный метод исследования: объективное наблюдение, отрицая пользу и достоверность любых видов интроспективного анализа. Согласно его взглядам, задача психологии – предсказывать и контролировать поведение человека. Поведение анализировалось с точки зрения мышечных и гормональных реакций, как непосредственно наблюдаемых, так и неявных; реакции следовало изучать в их связи с изменениями стимулов, возникающих в самом организме или во внешней среде.

Конечная цель усматривалась в объяснении механизмов зависимости поведения человека от внешних факторов, а также в целенаправленном его формировании. В этой статье впервые появились термины бихевиоризм, бихевиорист, бихевиористический. С точки зрения бихевиоризма

подлинным предметом психологии является поведение человека от рождения и до смерти. Явления поведения могут быть наблюдаемы точно так же, как и объекты других естественных наук. В психологии поведения могут быть использованы те же общие методы, которыми пользуются в естественных науках. Наблюдения над поведением могут быть представлены в форме стимулов (С) и реакций (Р). Бихевиористы очень активно работали с материалами экспериментов на животных.

С предлагаемой в бихевиористской концепции точки зрения факты поведения животных имеют ценность сами по себе без обращения к поведению человека

Психология у Дж. Уотсона есть наука о поведении. Она должна пренебречь несколькими из действительно существующих проблем, с которыми имела дело психология как интроспективная наука. Уотсон считал, что эти оставшиеся проблемы могут быть сформулированы таким образом, что усовершенствованные методы поведения (вместе с теми, которые еще только будут открыты) приведут к их решению. Развитие предложенной Уотсоном системы потребовало переформулировки традиционных психологических понятий в терминах унаследованных и приобретенных реакций, явных или неявных, физиологических, двигательных или словесных. Так, эмоции были определены как наследственный способ реагирования, в котором преобладают неявные физиологические и гормональные реакции. Инстинкт рассматривался как явный наследственный способ реагирования.

Из своих экспериментов Уотсон сделал вывод о том, что страх, отвращение и прочие эмоции взрослых людей возникают в детском возрасте на основе условнорефлекторных связей между внешними раздражителями и несколькими базальными аффектами. Эти взгляды ученый так же изложил в своей книге «Психология с точки зрения бихевиориста». Согласно Уотсону, манипулируя внешними раздражителями, можно «изготовить» человека любого склада, с любыми константами поведения. Отрицалось значение не только прирожденных свойств, но и собственных убеждений личности, ее установок и отношений – всей многогранности ее внутренней жизни.

Формула бихевиоризма была четкой и однозначной: «стимул-реакция». Между тем, в кругу бихевиористов появились выдающиеся психологи, поставившие этот постулат под сомнение. Первым из них был профессор университета Беркли (Калифорния), американец Эдвард Толмен (1886-1959), согласно которому формула поведения должна состоять не из двух, а из трех членов, и поэтому выглядеть следующим образом: стимул (независимая переменная) – промежуточные переменные – зависимая переменная (реакция). Среднее звено (промежуточные переменные) – не что иное, как недоступные прямому наблюдению психические моменты: ожидания, установки, знания. Следуя бихевиористской традиции, Толмен ставил опыты над крысами, ищущими выход из лабиринта. Главный же вывод из этих опытов свелся к тому, что, опираясь на строго контролируемое экспериментатором и объективно им наблюдаемое поведение животных, можно достоверно установить, что этим поведением управляют не те стимулы, которые действуют на них в данный момент, а особые внутренние регуляторы. Поведение предваряют своего рода ожидания, гипотезы, познавательные (когнитивные) «карты». Эти «карты» животное строит само. Они и ориентируют его в лабиринте. По ним оно, будучи запущено в лабиринт, узнает, «что ведет к чему». Положение о том, что психические образы служат регулятором действия, было обосновано гештальттеорией. Учтя ее уроки, Толмен разработал собственную теорию, названную *когнитивным бихевиоризмом*. Толмен свои идеи изложил в книгах «Целевое поведение у животных и человека», «Когнитивные карты у крыс и человека». Экспериментальную работу вел в основном на животных (белых крысах), считая, что законы поведения являются общими для всех живых существ, а наиболее четко и досконально могут быть прослежены на элементарных уровнях поведения.

Таким образом, формула S R должна читаться как S →O →R. Промежуточными переменными является все, что связано с O, то есть с организмом, и формирует данную поведенческую реакцию на данное раздражение. Однако, оставаясь на позициях бихевиоризма, Толмен отдавал себе отчет: поскольку промежуточные переменные не подлежат объективному наблюдению, то они не представляют никакой практической пользы для психологии, если только их не удастся увязать с экспериментальными (независимыми) и поведенческими (зависимыми) переменными.

В переводе с английского бихевиоризм означает «поведение». Именно оно стало центральным предметом внимания этого направления.

Бихевиоризм признавал наличие сложного поведения, которое объяснял комбинациями цепочек стимулов и реакций. Собственно, их изучение также входило в главные задачи течения.

Научение (обучение, учение) – процесс приобретения субъектом новых способов осуществления поведения и деятельности, их фиксации и/или модификации. Изменение психологических структур, которое происходит в результате этого процесса, обеспечивает возможность дальнейшего совершенствования деятельности.

Впервые закономерности научения, установленные экспериментальными методами, были установлены в рамках бихевиоризма. Теория, разработанная Б.Ф. Скиннером (1904-1990), носит название теории оперантного обусловливания.

Скиннер ставил перед собой цель объяснить механизмы научения у человека и животных (крыс и голубей) на основе ограниченного набора базовых принципов. Основная идея состояла в том, чтобы управлять средой, контролировать ее, получая при этом упорядоченные изменения. Он говорил: «Проконтролируйте условия, среду, и вам откроется порядок».

Процедура обучения получила название – «оперантное обусловливание».

Она заключалась в стремлении экспериментатора установить связь между стимулом (S) и реакцией (R) посредством подкрепления – поощрения или наказания. В схеме стимул-реакции (S-R) ключевой для Скиннера была именно реакция. Реакции рассматривались с точки зрения простоты-сложности. Простая - слюноотделение, отдергивание руки; сложная – решение математической задачи, агрессивное поведение.

Оперантное обусловливание – это процесс, посредством которого характеристики реакции детерминируются последствиями этой реакции. Осуществление оперантного поведения заложено в биологической природе организма. Научение рассматривалось Скиннером как процесс.

Подкрепление является одним из принципов обусловливания. Уже с младенческого возраста, Согласно Скиннеру, поведение людей можно регулировать с помощью подкрепляющих стимулов. Существуют два разных вида подкрепления. Некоторые, например, еда или устранение боли, называются первичными подкреплениями, т.к. они обладают естественной подкрепляющей силой. Другие подкрепляющие стимулы (улыбка, внимание взрослого, одобрение, похвала) являются обусловленными подкреплениями. Они становятся таковыми в результате частого сочетания с первичными подкреплениями.

Оперантное обусловливание опирается в основном на положительное подкрепление, т.е. на такие последствия реакций, которые их поддерживают или усиливают, например, пища, денежное вознаграждение, похвала. Тем не менее, Скиннер подчеркивает важность негативного подкрепления, которое приводит к угасанию реакции. Такими подкрепляющими стимулами могут быть физическое наказание, моральное воздействие, психологическое давление.

Гипотетико-дедуктивный метод. Подход К. Халла к построению своей теории заключался в следующем. В качестве первого шага он подверг рассмотрению то, что было известно о научении к настоящему времени. Затем учёный сделал попытку подвести итог этим изысканиям. И наконец, К. Халл попытался сделать выводы относительно эмпирически проверяемых результатов этих обобщенных положений. Такой метод построения теории впоследствии был назван гипотетико-дедуктивным, или логико-дедуктивным.

Следуя естественно-научной модели, учёный-бихевиорист разрабатывает систему аксиом, или первичных принципов, и использует их в качестве исходного условия для выведения заключений, по законам формальной логики, в виде гипотез или теорем, касающихся феноменов поведения. Эти аксиомы часто включают в себя гипотетические объекты (промежуточные переменные), введенные учёным для организации своих умозаключений относительно взаимодействия между экспериментальными действиями и измерениями (зависимыми и независимыми переменными), имеющими отношение к рассматриваемым феноменам поведения. Затем может быть дана оценка теории посредством переноса теоретических заключений и выводов в эксперимент, и можно увидеть, насколько успешной она является в стенах лаборатории.

Такое построение теории создает динамическую систему с открытым конечным результатом. Бесконечно появляются новые гипотезы, некоторые из которых подтверждаются результатами экспериментов, а некоторые – нет. Когда эксперимент проходит и заканчивается в соответствии с прогнозом, то вся теория, включая её аксиомы и теоремы, усиливается. Если эксперименты не проходят так, как предполагалось, теория теряет силу и должна быть пересмотрена. Теория, таким образом, должна постоянно обновляться в соответствии с результатами эмпирических исследований.

Эмпирическое наблюдение в дополнение к точному предположению является основным источником первичных принципов или аксиом науки. Подобные формулировки при рассмотрении их всех вместе в различных комбинациях с соответствующими априорными условиями вызывают появление заключений или теорем, из них некоторые могут согласовываться с эмпирическими результатами данных условий, а некоторые – нет. Первичные предположения, вызывающие логические умозаключения, последовательно согласующиеся с наблюдаемыми эмпирическими результатами, сохраняются, а от тех, которые не согласуются, отказываются или подвергают изменениям. По мере внимательного изучения этого процесса проб и ошибок постепенно выявляется небольшое количество первичных принципов, чьи совместные выводы постепенно с большей вероятностью станут согласовываться с соответствующими наблюдениями. Выводы на основании этих оставшихся аксиом, несмотря на то что они никогда не являются абсолютно точными, со временем становятся высокодостоверными. Именно в этом и заключается существующее на настоящий момент положение первичных принципов основных естественных наук.

Социологическая концепция Дж.Г. Мида. Джордж Герберт (Mead, George Herbert) (1863-1931) – американский философ, социолог и социальный психолог, заложивший основы символического интеракционизма.

Главным объектом научных интересов Мида было изучение социальных действий – поступков, которые приобретают определенный смысл только в обществе, связаны с исполнением социальных ролей (параллельно с ним этой же проблемой активно занимался М.Вебер). Концепцию Мида называют «символическим интеракционизмом», поскольку она рассматривает символические элементы взаимодействия людей в обществе. Создавая свою концепцию, он полемизировал с популярными на рубеже 19-20 вв. дарвинистскими теориями (их сторонники назывались «радикальными бихевиористами»), которые сводили закономерности поведения людей к чисто биологическим.

Отправная точка теоретической концепции Мида – приоритет социального над индивидуальным. Социальное действие в отличие от обыкновенного действия обязательно включает как минимум двух людей. В основе социального действия лежит жест – действие, согласно Миду, которое рассчитано на ответную реакцию окружающих. Если реакция происходит на бессознательном уровне, автоматически, то жест является «незначашим» (на такого рода жесты способны не только люди, но и животные). Если же реакции предшествуют размышления, то жест приобретает социальное значение. Среди значащих жестов особую роль выполняет голосовой жест.

Самость – чисто социальное качество. Оно не только отсутствует у животных, но не является врожденным и у самих людей. Развитие самости у ребенка, по Миду, проходит две стадии.

1. Стадия ролевых игр (Play). В отличие от животных, которые тоже способны играть, человеческий ребенок, подрастая, начинает в играх воспроизводить самые разные социальные роли, изображать разных людей (мать, учителя, продавца, военного и т.д.). В процессе всех этих игр ребенок учиться оценивать себя с точки зрения конкретных других людей.

2. Стадия коллективных игр (Game). Если раньше ребенок примерял на себя роли отдельных людей, то в групповых играх ему приходится ставить себя на место каждого участника игры. Такого рода игры развивают в ребенке способность действовать в организованной группе. К таким играм можно отнести футбол, прятки и т.д.

По мере взросления ребенка он становится членом самых разнообразных групп, приобретая вследствие этого и самые разнообразные самости. По набору самостей один человек отличается от другого. Формирование каждой конкретной самости происходит в индивидуальном порядке, по-

этому люди не являются похожими друг на друга клонами, а обладают ярко выраженными индивидуальными чертами.

В структуре самости Мид выделял два компонента – me и I (эти мидовские термины обычно используются без перевода).

Первый компонент, me («ми», в буквальном переводе – «меня») – это совокупность установок, ценностей и норм, которыми руководствуется человек. Этот набор усваивается человеком в процессе принятия роли обобщенных других.

Второй компонент, I («ай», в буквальном переводе – «я»), представляет непосредственную реакцию индивида на других. Это непредсказуемый и в то же время творческий элемент личности каждого человека.

Любое действие человека, полагает Мид, может быть рассмотрено через призму взаимодействия I и me. Me предлагает набор стандартизированных реакций, а I отвечает за выбор какой-либо из них.

Генетический структурализм П. Бурдьё

Габитус – «система прочных приобретенных предрасположенностей»

Пьер Бурдьё – французский социолог, философ, культуролог

Его творчество эволюционировало от философии к антропологии, а затем к социологии. Центральные идеи его теоретической концепции – социальное пространство, поле, культурный и социальный капитал, габитус. Важное значение имеют этическая сторона учения и стремление построить справедливое, основанное на республиканских ценностях общество. Многими учеными отмечается огромный вклад Бурдьё в понимании общества.

Социологическая теория Пьера Бурдьё строится вокруг трёх основных категорий: «поле»– «капитал»– «габитус»; и включает множество взаимосвязанных понятий, дающих возможность обращаться к анализу самых разнообразных социальных явлений. Зарождение и формирование этого подхода, названного «генетическим структурализмом», следует рассматривать в контексте той интеллектуальной и социальной ситуации во Франции, которая и обусловила возможности становления Пьера Бурдьё как учёного.

Теория социального научения а. Бандуры

В 1969 году Альберт Бандура (1925) – канадский психолог выдвинул свою теорию личности, названную теорией социального обучения.

А. Бандура критиковал радикальный бихевиоризм, который отрицал детерминанты поведения человека, возникающие из внутренних когнитивных процессов. Для Бандуры индивиды не являются ни автономными системами, ни простыми механическими передатчиками, оживляющими влияния окружения – они обладают высшими способностями, которые позволяют им предсказывать появление событий и создавать средства для осуществления контроля над тем, что влияет на их повседневную жизнь. Учитывая, что традиционные теории поведения могли быть неверными, это давало скорее неполное, чем неточное объяснение поведению человека.

С точки зрения А. Бандуры, люди не управляются интрапсихическими силами и не реагируют на окружение. Причины функционирования человека нужно понимать в терминах непрерывного взаимодействия поведения, познавательной сферы и окружения. Данный подход к анализу причин поведения, который Бандура обозначил как взаимный детерминизм, подразумевает, что факторы предрасположенности и ситуационные факторы являются взаимозависимыми причинами поведения.

Функционирование человека рассматривается как продукт взаимодействия поведения, личностных факторов и влияния окружения.

Проще говоря, внутренние детерминанты поведения, такие как вера и ожидание, и внешние детерминанты, такие как поощрение и наказание, являются частью системы взаимодействующих влияний, которые действуют не только на поведение, но также на различные части системы.

Разработанная Бандурой модель-триада взаимного детерминизма показывает, что хотя на поведение влияет окружение, оно также частично является продуктом деятельности человека, то есть люди могут оказывать какое-то влияние на собственное поведение. Например, грубое поведение человека на званом вечере может привести к тому, что действия присутствующих рядом лю-

дей будут, скорее, наказанием, а не поощрением для него. Во всяком случае, поведение изменяет окружение. Бандура также утверждал, что благодаря своей необычайной способности использовать символы люди могут думать, творить и планировать, то есть они способны к познавательным процессам, которые постоянно проявляются через открытые действия.

Каждая из трех переменных в модели взаимного детерминизма способна влиять на другую переменную. В зависимости от силы каждой из переменных доминирует то одна, то другая, то третья. Иногда наиболее сильны влияния внешнего окружения, иногда доминируют внутренние силы, а иногда ожидание, вера, цели и намерения формируют и направляют поведение. В конечном итоге, однако, Бандура полагает, что по причине двойной направленности взаимодействия между открытым поведением и окружающими обстоятельствами люди являются и продуктом, и производителем своего окружения. Таким образом, социально-когнитивная теория описывает модель взаимной причинности, в которой познавательные, аффективные и другие личностные факторы, и события окружения работают как взаимозависимые детерминанты.

Э. Толмен. Предмет и задачи исследования – изучение деятельности системы организм-среда, формирование целостного, молярного подхода к проблеме поведения. Результаты – внутренняя переменная, опосредующая связь *S-R*, понятие о когнитивных картах и латентном обучении.

Э. Толмен был одним из пионеров необихевиоризма. Свои основные идеи изложил в книгах «Целевое поведение у животных и человека» (1932), «Когнитивные карты у крыс и человека» (1948). Как и другие бихевиористы, экспериментальную работу вел в основном на животных (белых крысах), считая, что законы поведения являются общими для всех живых существ, а наиболее четко и досконально могут быть прослежены на элементарных уровнях поведения.

Подобно «классическим бихевиористам», он отстаивал положение о том, что исследование поведения должно вестись строго объективным методом, без произвольных допущений о недоступном этому методу внутреннем мире сознания. Однако Толмен возражал против того, чтобы ограничиваться в анализе поведения только формулой «стимул-реакция» и игнорировать факторы, которые играют незаменимую роль в «промежутке между ними». Эти факторы он и назвал «промежуточными переменными». Таким образом, схема Уотсона *S-R* была переделана в *S-O-R*, где *O* – внутренняя переменная.

Раньше считалось, что эти факторы чисто внутренние, открытые только для самого субъекта, способного наблюдать за своим сознанием. Толмен доказывал, что и такие внутренние процессы можно «вывести наружу» и придать их исследованию такую же точность, как исследованию любых физических явлений. К типичным внутренним переменным относится, например, голод. Его нельзя наблюдать непосредственно, однако можно зарегистрировать по некоторым косвенным признакам – количеству съеденной пищи, времени еды, скорости ее поиска и т.д.

Толмен привнес в бихевиоризм философию, отличавшуюся от атомизма типа схемы *S-R* Уотсона. Он рассматривал поведение не как цепочку из отдельных реакций, а с точки зрения его целостной, молярной, по определению Толмена (а не молекулярной, как у Уотсона), организации. Такой холистический взгляд, дававший возможность воспринимать непосредственно сложные отношения, и лег в основу молярного подхода Толмена. Стажировка в Германии и работа с К. Коффкой позволили Толмену ознакомиться с принципами гештальтпсихологии, в том числе и с теорией поля Левина. Отражение этих идей, так же как и концепции В.Джемса (в лаборатории которого Толмен обучался, хотя и после смерти самого ученого), можно найти в теории когнитивного бихевиоризма Толмена.

Целостное поведение Толмен описывал как систему, имеющую определенную цель и связанную со своим окружением сетью познавательных отношений. «Готовность средств для цели» и «ожидание гештальтзнака» – вот термины, при помощи которых он описывает реакцию организма на окружающую среду. Организм ориентируется в ситуациях, к которым приспосабливается, благодаря тому, что выделяет определенные признаки, ассоциирующиеся с точкой выбора (*гештальтзнаки*) и позволяющие различать, «что ведет к чему?». Он не просто случайно сталкивается со средой, а как бы идет навстречу ей со своими ожиданиями, строя своего рода гипотезы и даже проявляя изобретательность в поисках оптимального выхода из проблемной ситуации.

В отличие от других бихевиористов Толмен настаивал на том, что поведение не сводится к выработке двигательных навыков. По его экспериментальным данным, организм, постепенно осваивая обстановку, строит познавательную («когнитивную») карту того пути, которому нужно следовать для решения задачи. В качестве главных задач испытуемые животные в опытах Толмена должны были найти выход из лабиринта, чтобы получить подкормку и тем самым удовлетворить потребность в пище. В классических экспериментах Толмена с крестообразным лабиринтом было показано, что крысы, которые заучивают моторные реакции, ориентируются хуже, чем те, которые выработали карту лабиринта, ориентируясь на гештальтзнак.

Он также исследовал факторы, влияющие на быстроту и точность построения когнитивных карт, доказав, что некоторые из них способствуют лучшему научению, а другие приводят к фиксации на определенной реакции (сужению карты), что снижает адекватность поведения в новой ситуации. Он подчеркивал, что помимо независимых от субъекта причин (болезнь, неудачное расположение элементов ситуации) сужение когнитивных карт связано и с такими факторами, как слишком большое число повторений первоначально выученного материала и наличие избыточной мотивации или условий, вызывающих слишком сильную фрустрацию.

Таким образом, регресс, перенесение агрессии на других людей, нетерпимость и другие негативные социальные моменты вызваны во многом неадекватными картами, плохой ориентировкой в окружающем. В своей работе «Когнитивные карты у крыс и человека» Толмен не только приводил новые доказательства ограниченности молекулярного подхода, но и призывал уменьшить уровень фрустрации, ведущей к ненависти и нетерпимости, которые порождаются узкими когнитивными схемами. Он подчеркивал, что плохое обучение, невнимание или излишняя авторитарность взрослых приводят к тому, что ребенок не может справиться с тем лабиринтом – окружающим миром, в котором он вынужден жить.

Уделяя большое внимание вопросам научения, Толмен выделил особый тип научения, которое было названо *латентным (скрытым)*. Скрытое, ненаблюдаемое научение имеет место, когда подкрепление отсутствует. Тем не менее оно способно изменять поведение, о чем говорят последующие реакции организма. Так, в опытах Толмена не нуждающиеся в еде и питье крысы, попадая в лабиринт, обучались, что выяснилось в последующем, когда они быстро находили нужный стимул (еду, воду) в момент актуализации потребности.

Теория Толмена побудила пересмотреть прежние взгляды бихевиористов на факторы, которые регулируют адаптацию организма к среде. Среди этих факторов следует особо выделить целевую регуляцию действий живых существ, их способность к активной познавательной работе даже в тех случаях, когда речь идет о выработке двигательных навыков.

После экспериментов Толмена стала очевидной недостаточность прежних воззрений на поведение. Потребовались их пересмотр и специальное изучение объективными методами проблем, которые прежняя психология считала доступными только для внутреннего наблюдения самим субъектом. Толмен был крупным психологом, однако ему не удалось в полной мере использовать свои открытия, оказавшиеся слишком сложными и преждевременными в 20-30-х годах.

Тема 2. Базовые положения бихевиорально-когнитивной психотерапии. Особенности терапевтических отношений

Основная концепция когнитивной терапии. Особенности метода и история его возникновения. Характеристика трех основных блоков в рамках бихевиорально-когнитивного подхода. Первый подход – основанный на теории научения. Оперантные стратегии стабилизации или закрепления желательного поведения. Социальное научение и тренинг социальных навыков. Второй блок когнитивно-бихевиоральных подходов – основанный на информационных моделях психики. Трактовка любого болезненного поведения или состояния как проблемы. Выделение проблемы совместно с пациентом, ее конкретизация – необходимый шаг к изменениям. Третий блок – рационально-эмотивная терапия (РЭТ) Эллиса. Концепция «А–В–С» Эллиса. Азбука рационального и иррационального мышления. Понятие автоматических мыслей. Взаимосвязь мышления, поведения и эмоций. Теория личности А. Бека. Взаимодействие с клиентом и особенности терапевтического соглашения. Этические и организационные стандарты психотерапии. Возможности и ограничения когнитивного подхода.

Когнитивная психотерапия, или когнитивная терапия, –распространённая форма психотерапии, основанная на предположении, что причины психологических проблем и нервно-психических расстройств человека кроются в ошибках мышления, и направленная на изменение нелогичных или нецелесообразных мыслей и убеждений человека, а также дисфункциональных стереотипов его мышления и восприятия. В ходе когнитивной психотерапии пациент учится решать проблемы и находить выходы из ситуаций, прежде казавшихся ему непреодолимыми, при этом он переосмысливает и корректирует своё мышление. Когнитивный терапевт помогает пациенту учиться мыслить и действовать более реалистично и адаптивно, тем самым устраняя беспокоящие его симптомы.

От психоаналитической терапии когнитивную терапию отличает, в частности, то, что её содержание определяется проблемами «здесь и сейчас». Когнитивные терапевты, в отличие от психоаналитиков, не придают большого значения детским воспоминаниям пациента (если только они не помогают прояснить текущие наблюдения); главное для когнитивного терапевта – исследовать, что думает и что чувствует пациент во время психотерапевтической сессии и в перерывах между сессиями. От поведенческой психотерапии когнитивную психотерапию отличает большее внимание к внутреннему (психическому) опыту пациента, его мыслям, чувствам, желаниям, фантазиям и установкам.

Основу когнитивной психотерапии в 1960-х годах заложили труды Аарона Бека, также давшие толчок развитию когнитивного подхода в психологии. Когнитивная психотерапия широко признана в научном сообществе. На основе когнитивной психотерапии и поведенческой психотерапии была разработана комплексная когнитивно-поведенческая психотерапия, в настоящее время имеющая очень широкое применение в клинической практике.

Очень близкой к когнитивной психотерапии является рационально-эмоциональная терапия Альберта Эллиса. В некоторых источниках терапия Бека и терапия Эллиса рассматриваются как два подвида когнитивной психотерапии.

На приобретение личностного опыта оказывают влияние два основных фактора:

1. Наблюдение соответствующего способа действий. Теория социального научения – это, в первую очередь, изучение человеческого поведения, ориентированного на образец. Образец в данном случае рассматривается как средство межличностного воздействия, благодаря которому возможно формирование (изменение) отношений или способа действий человека. Существенное внимание при этом уделяется изучению влияния первичных посредников социализации, а именно образца отношений и поведения родителей на обучение тому или иному поведению в детстве.

Научение в ходе наблюдения основывается на механизмах имитации, копирования, подражания или идентификации ребенка образцу, в которых речь пойдет ниже. В частности, установлено, что наблюдатель, особенно, если он ребенок, проявляет тенденцию совершать те же самые действия, что и лицо, за которым он наблюдает. Однако, для этого необходимо, чтобы научение социальному опыту обеспечивалось процессами внимания (ребенок должен обратить внимание на образец), памяти (сохранение информации о действиях образца), моторного обеспечения (двигательные и когнитивные способности к воспроизведению, повторению действий образца) мотивации (собственные или подкрепленные побуждения к действию).

2. Социальное подкрепление. Теория социального научения утверждает, что другим важным элементом освоения социального опыта является характер подкрепления поведения со стороны окружающих.

Под подкреплением обычно понимается любое действие или внешнее воздействие (стимул), призванное усилить определенную реакцию.

Если говорить о социальном подкреплении, следует иметь в виду неосознанное подкрепление, словесное и несловесное обращение, контролируемое другими людьми. Это может быть похвала и выговор, улыбка и насмешка, дружеские и враждебные жесты.

Различают две формы подкрепления. Положительное подкрепление – это любой стимул, который следуя за желательной реакцией, усиливает ее или поддерживает на том же уровне. Отрицательное подкрепление – это стимул, устранение которого усиливает желательную реакцию.

Вместе с тем существует и множество других способов подкрепления. К наиболее распространенным относятся поощрение (предъявление приятных стимулов) и наказание (предъявление неприятных стимулов). Таким образом, в практике обучения и воспитания, социализации чаще всего используются четыре разновидности подкрепления:

1) если вслед за реакцией следует вызывающее приятные ощущения и переживания подкрепляющее средство, то результатом будет положительное поощрение. Например, родитель или педагог постоянно хвалит ребенка за хорошее, примерное поведение;

2) если за реакцией следует не вызывающее приятных ощущений и переживаний подкрепляющее средство, то результатом будет положительное наказание. К примеру, подросток, испытывающий недостаток внимания и любви со стороны родителей, совершает кражу и получает от них сильную трепку. Эта трепка и есть положительное наказание, он, наконец, привлек внимание родителей;

3) если вызывающее неприятные ощущения и переживания подкрепляющее средство устраняется после получения желательной реакции, то результат – отрицательное поощрение. Например, учащийся, которого педагог в течение года сильно критиковал за слабую учебу, в последней четверти повысил свою успеваемость, за что педагог не похвалил его, но не сказал и ничего плохого. В этом случае отказ от критики может рассматриваться ребенком как поощрение;

4) если приятный стимул устраняется после той или иной нежелательной реакции ребенка, то результат – отрицательное наказание. Например, когда ребенок, привыкший к похвале за отличные школьные успехи, вдруг не услышал ее после полученной хорошей отметки.

Он привык к похвале, а на этот раз ее не было. И в результате отсутствие похвалы воспринимается ребенком как наказание.

Основными механизмами социализации (научения) той или иной форме поведения:

Имитация – отражение мимических и пантомимических движений (высовывание языка, открывание/закрывание рта, сжимание кулаков, стучание, бросание предметов и т. д.), воспроизведение предречевых и речевых вокализаций (интонации, темпа, громкости, ритма речи и т. д.). Чаще всего осуществляется на основе механизма заражения. Появляется уже в возрасте до 5 месяцев, когда ребенок может вообразить себя на месте модели.

Копирование – воспроизведение специфических движений взрослого или движений, входящих в состав действий с определенными предметами. Для эффективного копирования необходимо соблюдение определенных условий:

- неоднократная демонстрация модели (образца);
- обозначение модели (образца) речевой меткой;
- предоставление ребенку возможности манипулировать (экспериментировать) с образцом;
- эмоционально насыщенное одобрение со стороны взрослого за воспроизведение (оперантное подкрепление).

Появляется во второй половине младенческого возраста.

Подражание – активное воспроизведение ребенком способов действия, когда взрослый выступает как объект наблюдения, пример как в предметной, так и в межличностной сфере (отношения, оценки, эмоциональные состояния и пр.). В целом, это следование какому-либо примеру, образцу, однако, в большей мере осознанное, т. к. требует выделения не только образца, но и его отдельных сторон, черт, манеры поведения. Кроме того, имеют место действия, направленные на сравнение себя с моделью и с Идеалом-Я.

Второй большой блок выделенных нами когнитивно-бихевиоральных подходов основан на информационных моделях психики и пытается представить любое болезненное поведение или состояние как проблему. Выделение проблемы совместно с пациентом, ее конкретизация являются первым необходимым шагом к изменениям. Например, проблема переедания переформулируется как проблема совладания с тяжелым эмоциональным состоянием, которое сопровождается перееданием. При этом обсуждаются вопросы: в чем проблема, насколько она тяжела, какие имеются ресурсы для ее решения, каковы потенциальные пути ее решения? и т. д.

Затем клиент сосредоточивается на продуцировании различных вариантов ее решения с последующей оценкой и выбором. В случае нарушенного пищевого поведения это может быть де-

тальный анализ обстоятельств, которые способствуют перееданию, обстоятельств, в которых пациенту удастся воздерживаться от переедания, ресурсов, которые можно привлечь для решения этой проблемы (увеличение источников удовольствия, активные занятия и т. д.).

Для развития навыков совладания терапевт останавливается на способах, с помощью которых клиент может более эффективно справляться с проблемами. Например, в тренинге совладания со стрессом акцент делается на необходимости обучения клиента поэтапному подходу к проблеме, анализу сопряженных с ней проблем, обучению самоинструкциям совладания. Тренинг решения проблем и тренинг навыков совладания обычно используются вместе. Главная задача – обучить человека адекватным способам переработки информации и принятия решения. Здесь отчетливо виден прямой перенос информационных моделей из когнитивной психологии на работу с психологическими проблемами и психическими расстройствами. Техники могут быть полезными там, где имеется явный дефицит навыков решения проблем и принятия решений. Этот дефицит типичен для многих психических нарушений; поэтому эти техники могут быть успешно интегрированы в работу с больными и здоровыми людьми.

Из третьего блока интегративных подходов наиболее известны рационально-эмотивная терапия (РЭТ) Эллиса и когнитивная психотерапия Бека. Кратко охарактеризуем подход Эллиса. Согласно этому подходу, в основе чрезмерно сильных (а значит, по Эллису, деструктивных) чувств лежат иррациональные представления. Эллис рассматривает тенденцию мыслить иррационально как врожденную особенность человека. С другой стороны, в качестве второй биологической особенности человека он выделяет его способность осмысливать собственное мышление (то есть рефлекссию, хотя сам Эллис и не использует этого термина) и на этой основе изменять собственные иррациональные представления на более конструктивные и реалистические. На этой второй особенности и строится рационально-эмотивная психотерапия.

Приведем знаменитую эллисовскую формулу поведения «АВС», где А – активирующее событие, или, со строго феноменологических позиций, его перцепция; В – личные верования или способы оценки воспринимаемых событий, С – эмоциональные и поведенческие паттерны, определяемые В. Таким образом, верования в этой формуле центральны и по месту, и по функциональной нагрузке. Эллис отмечает интерактивную природу верований и ведущую роль социального окружения в их формировании. Универсальной причиной иррационального мышления является, согласно Эллису, «тирания долженствования», когда человек ригидно принуждает себя и других к обязательному следованию определенным стандартам. Любая вероятность отклонения от этих стандартов приводит к таким когнитивным оценкам ситуации, как катастрофизация, проклятия и самоуничижение, отрицание своей толерантности.

Основное отличие РЭТ от других когнитивных подходов Эллис формулирует следующим образом: «РЭТ особо подчеркивает важность выделения догматических безусловных «долженствований», отделения их от своих желаний и предпочтений и обучение тому, как отказаться от первых и учитывать вторые».

Одно из наиболее распространенных заблуждений относительно когнитивной психотерапии заключается в том, что когнитивные психотерапевты придерживаются серьезного и чрезмерно интеллектуального стиля общения с клиентом. РЭТ же рассматривает психологические нарушения как результат чрезмерно серьезного отношения к жизни и рекомендует использовать юмор как метод лечения. Эллис рекомендует неформальный, юмористический активно-директивный стиль, однако особо подчеркивает необходимость быть гибким в зависимости от конкретной ситуации и конкретного клиента. Так, с истерическими акцентуациями рекомендуется избегать чрезмерно дружелюбного, эмоционального общения, не рекомендуется быть чрезмерно интеллектуальным с обсессивно-компульсивными клиентами, не рекомендуется директивный стиль с теми, кто проявляет повышенную потребность в автономии, наконец, не следует проявлять много активности с клиентами, склонными к пассивности.

Итак, «философия долженствования» рассматривается Эллисом как причина большинства психологических нарушений. Соответственно, в качестве философии здоровья рассматривается философия релятивизма, согласно которой «люди имеют большое количество потребностей, желаний и предпочтений, но если они не будут превращать эти неабсолютные ценности в грандиоз-

ные догмы и требования, то они не будут психически болеть». Подход Эллиса является в известном смысле системой воспитания рационального мышления, которую он активно популяризирует.

И недаром Эллис ссылается на концепцию Адлера в качестве одного из источников РЭТ. «В то время как Фрейд является исследователем и толкователем, Адлер – главным образом воспитатель». И далее у Юнга: «Нельзя оставлять без внимания то, что ложные невротические пути становятся закоренелыми привычками и что, несмотря на все понимание, они не исчезают до тех пор, пока не заменяются другими привычками, приобрести которые можно только благодаря обучению».

Автоматические мысли – это спонтанно возникающие идеи или мысли, типичными признаками которых являются внутренние высказывания человека о самом себе или разговор с собой.

В своей монографии «Когнитивная терапия и эмоциональное расстройство» А. Бек высказывает принципиально новый подход к коррекции эмоциональных нарушений, отличный от традиционных школ психоанализа и поведенческой терапии.

Когнитивный подход к эмоциональным расстройствам изменяет взгляд человека на самого себя и свои проблемы. Клиента учат возможности увидеть в себе индивида, склонного рождать *ошибочные* идеи, но и способного отказаться от ошибочных идей или их исправить. Только определив или исправив ошибки *мышления*, клиент может создать для себя жизнь с более высоким уровнем самоосуществления.

Главная идея когнитивной психокоррекции А. Бека состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации. В результате рождаются программы поведения. Человек выживает, получая информацию из окружающей среды, синтезируя ее и планируя действия на основе этого синтеза, т.е. вырабатывая самостоятельно программу поведения.

Программа может быть *нормальной (адекватной)* или *неадекватной*. В случае когнитивного сдвига в переработке информации начинает формироваться аномальная программа. Например, получив определенный опыт в некоторых жизненных ситуациях, люди начинают тенденциозно интерпретировать свой опыт: человек, для которого идея возможной внезапной смерти имеет особое значение (в связи с тем, что он потерял кого-то из близких родственников), может, пережив угрожающий эпизод, начать интерпретировать нормальные телесные ощущения как сигнал наступающей смерти. У него развивается тревожное состояние, которое может перерасти в болезненно-тревожное, при этом его программа поведения активизируется программой выживания.

Личность (по А. Беку) формируется *схемами* или когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения. Эти схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. Каждый человек формирует собственную концепцию себя, других, мира и концепцию своего существования в мире. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом человека и, в свою очередь, влияют на формирование других убеждений, ценностей, позиций.

Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами, которые становятся активными при действии специфических стимулов, стрессов или обстоятельств. Схемы могут быть как адаптивными, так и дисфункциональными. Например, в «когнитивную триаду депрессии» входят:

– негативный взгляд на мир (клиент убежден, что мир предъявляет чрезмерные требования к нему и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей и что в мире нет ни удовольствия, ни удовлетворения);

– нигилистический взгляд на будущее (клиент убежден, что переживаемые им трудности непреодолимы. Из ощущения полной безнадежности рождаются суицидные мысли).

Таким образом, эмоциональные нарушения и поведенческие расстройства рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными процессами (в которых в качестве промежуточных переменных выступает мысль-когниция).

В соответствии с вышеперечисленными принципами работы практического психолога были приняты этические стандарты психолога, которые используются во всем мире.

1. Общие принципы.

Деятельность психолога направлена таких гуманитарных и социальных целей, как благополучие, здоровье, высокое качество жизни, полное развитие индивидов и групп в различных фор-

мациях индивидуальной и социальной жизни. Поскольку психолог является не единственным профессионалом, чья деятельность направлена на достижение целей, обмен и сотрудничество с представителями других профессий желательны и в некоторых случаях необходимы, без каких-либо предубеждений по отношению к компетенции и знаниям любого из них.

Психология как профессия управляется принципами, общими для всех профессиональных этик: уважение к личности, защита человеческих прав, чувство ответственности, честность и искренность по отношению к клиенту, осмотрительность в применении инструментов и процедур, профессиональная компетентность, твердость в достижении цели вмешательства и его научной основы.

Психологи не должны принимать участия или способствовать разработке методов, направленных против свободы индивида и его физической или психологической неприкосновенности. Непосредственная разработка или содействие в осуществлении пыток или издевательств, что является преступлением, представляет собой наиболее тяжкое нарушение профессиональной этики психологов. Они не должны ни в каком качестве, ни как исследователи, ни как помощники или сообщники, принимать участие в пытках или любых других жестоких, негуманных или унижительных действиях, кто бы ни был их объект, какие бы обвинения или подозрения против этого лица ни выдвигались и какая бы информация ни могла бы быть получена от него таким путем в условиях военного конфликта, гражданской войны, революции, террористических акций или любых других обстоятельств, которые могли бы быть истолкованы как оправдание таких действий.

Все психологи должны, как минимум, информировать свои профессиональные объединения о нарушениях прав человека, издевательствах, жестокости, негуманных или унижительных условиях заключения, кто бы ни был их жертвой, и о любом таком случае, ставшем им известным в их профессиональной практике.

Психологи должны уважать религиозные и моральные убеждения своих клиентов и учитывать их при опросе, необходимом при профессиональном вмешательстве.

При оказании помощи психологи не должны осуществлять дискриминацию по признаку происхождения, возраста, расовой и социальной принадлежности, пола, вероисповедания, идеологии, национальности или любых других различий.

Психологи не должны использовать власть или превосходство по отношению к клиенту, которые дает им профессия, для извлечения прибыли или получения преимуществ как для себя, так и для третьих лиц.

В особенности в письменных документах психологи должны быть чрезвычайно осторожны, сдержанны и критичны по отношению к своим концепциям и заключениям, учитывая возможность их восприятия как уничижительные и дискриминирующие, например, нормальный – абнормальный, адаптированный – неадаптированный, интеллигентный – умственно отсталый.

Психологи не должны применять манипулятивные процедуры с целью добиться обращения к ним определенных клиентов, а также действовать таким образом, чтобы оказаться монополистами в своей области. Психологи, работающие в общественных организациях, не должны использовать это преимущество для увеличения собственной частной практики.

Психолог не должен допускать использовать своего имени или подписи лицам, не имеющим должной квалификации и подготовки, для незаконного применения психологических методов. Психологи должны сообщать обо всех случаях посягательства на чужие права, которые стали им известны. Бесплезные и основанные на обмане действия не должны прикрываться квалификацией психолога.

В случае, когда личные интересы клиента вступают в противоречие с учреждением, психолог должен постараться выполнять свои функции с максимальной беспристрастностью. Обращение за помощью в данное учреждение предполагает учет интересов клиента, уважение и внимание к нему со стороны психолога, который в соответствующих обстоятельствах может выступить как его защитник по отношению к администрации учреждения.

Тема 3. Техника бихевиорально-когнитивной психотерапии

Основные стратегии когнитивной терапии. Алгоритмы построения диагностического интервью и разработка терапевтической программы в зависимости от проблематики клиента. Базовые техники подхода, основывающегося на психологии научения: конфронтация, систематическая десенсилизация, техника «наводнения», техника массивированной конфронтации, техники, базирующиеся на оперантном научении, оперантные стратегии стабилизации или закрепления желательного поведения, техники, основанные, а социальном научении. Тренинг социальных навыков. Техники, основанные на информационных моделях психики: трактовка болезненного поведения как проблемы, детальный анализ обстоятельств нежелательного поведения, формирования навыков обработки информации и принятия решения; тренинг решения проблем и тренинг навыков совладания. Техники рационально-эмотивной терапии (РЭТ). Работа с автоматическими мыслями и терапевтический дневник. Азбука рационального и иррационального мышления. Взаимосвязь мышления, поведения и эмоций. Интерактивная природа верований. Тенденции «самосаботажа». Желания и предпочтения как альтернатива «тирании долженствования». Создание рационально-эмотивных образов. Система «двойного выигрыша».

Целями когнитивной терапии являются: исправление ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции. Когнитивная терапия вначале нацелена на снятие симптома, включая проблемное поведение и логические искажения, но ее конечной целью является устранение систематических предубеждений в мышлении.

Когнитивная терапия рассматривает убеждения пациента как гипотезы, которые можно проверить с помощью поведенческого эксперимента. (Поведенческий эксперимент – это проверка искаженных убеждений или страхов в ситуациях реальной жизни.) Когнитивный терапевт не говорит пациенту, что его убеждения иррациональны или неправильны, или что ему необходимо принять убеждения терапевта. Вместо этого терапевт задает вопросы для извлечения информации о значении, функции и последствиях убеждений пациента, а затем пациент решает, отвергать, модифицировать или сохранять ему свои убеждения, предварительно осознав их эмоциональные и поведенческие последствия.

Когнитивная терапия предназначена для того, чтобы научить пациентов:

- а) контролировать дисфункциональные (иррациональные) автоматические мысли;
 - б) осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;
 - в) изучать аргументы за и против дисфункциональных автоматических мыслей;
 - г) заменять дисфункциональные автоматические мысли на более реалистические интерпретации;
 - д) идентифицировать и изменять убеждения, которые предрасполагают к искажению опыта.
- Для решения этих задач в когнитивной терапии используются когнитивные и поведенческие техники.

Бек формулирует **три основные стратегии** когнитивной терапии: эмпиризм сотрудничества, сократовский диалог и направляемое открытие.

Эмпиризм сотрудничества заключается в том, что терапевт и пациент являются сотрудниками в исследовании фактов, которые подкрепляют или опровергают когниции пациента. Как при научном исследовании интерпретации или предположения рассматриваются как гипотезы, нуждающиеся в проверке.

Эмпирические доказательства используются для определения того, служат ли данные когниции какой-либо полезной цели. Исходные умозаключения подвергаются логическому анализу. Мышление, основанное на предубеждениях, станет очевидным для пациента, когда он осознает альтернативные источники информации. Этот процесс является партнерским между пациентом и терапевтом.

Сократовский диалог. Беседа является главным терапевтическим инструментом в когнитивной терапии, при этом широко используется сократовский тип диалога. Терапевт тщательно составляет вопросы для обеспечения нового научения. Цели этих вопросов сводятся к следующему:

- а) прояснить или определить проблемы;
- б) помочь пациенту идентифицировать мысли, образы, предположения;
- в) изучить значения событий для пациента;
- г) оценить последствия поддержания неадаптивных мыслей и поведения.

Напомним, что сущность сократовского диалога состоит в том, что пациент приходит к логическим заключениям на основе вопросов, которые ставит терапевт. Вопросы не используются для того, чтобы «поймать» пациента в ловушку, подвести его к неизбежному выводу; они ставятся так, чтобы пациент мог посмотреть на свои предположения объективно, не прибегая к защите.

Направляемое открытие. Посредством направляемого открытия пациент модифицирует неадаптивные убеждения и предположения. Терапевт служит «проводником»: он проясняет проблемное поведение и логические ошибки, создавая новый опыт посредством поведенческих экспериментов. Этот опыт ведет к приобретению новых умений и взглядов. С помощью когнитивных и поведенческих методов пациент открывает адаптивные способы мышления и поведения. Пациент научается исправлять ошибочную когнитивную переработку информации, так что в конце концов он становится независимым от терапевта. Направляемое открытие подразумевает, что терапевт не призывает пациента принять новый набор убеждений; терапевт поощряет пациента использовать информацию, факты и возможности для формирования реалистического взгляда.

Когнитивные техники используются, во-первых, для идентификации и последующей коррекции автоматических мыслей, во-вторых, для идентификации неадаптивных предположений (убеждений) и исследования их обоснованности.

Идентификация автоматических мыслей. Для идентификации автоматических мыслей применяется метод под названием «заполнение пустоты». Эта процедура объясняется пациенту с помощью последовательности А, В, С.

(А) – это возбуждающее событие, (С) – это чрезмерная, неадекватная «условная реакция», (В) – это пустота в сознании пациента, которая при заполнении ее самим пациентом сложит мостом между (А) и (С). Терапевтической задачей становится заполнение пустоты через элементы системы убеждений пациента. Например, один пациент описал такую последовательность: (А) – встреча со старым другом, (С) – печаль. Далее пациент сумел постепенно восстановить событие и вспомнить мысли, которые возникли в промежутке. Встреча со старым другом вызвала такую цепочку мыслей (В): «Если я поздороваюсь с ним, он, возможно, меня не вспомнит... Прошло столько времени, у нас нет ничего общего... Он может осадить меня... Встреча не будет похожа на былое». Эти мысли вызвали чувство печали.

Метод заполнения пустоты может оказать большую помощь пациентам, расстройство у которых выражается в чрезмерном чувстве стыда, тревоги, гнева или печали в межличностных ситуациях. Например, один студент избегал общественных собраний из-за необъяснимого чувства стыда, тревоги и печали. После обучения распознаванию и записи своих когниций, он сообщил, что в социальных ситуациях у него возникают такие мысли: «Никто не захочет со мной разговаривать... все, думают, что я выгляжу жалким... я просто не приспособлен к обществу». После этих мыслей у него появилась униженность, чувства тревоги и печали и возникло сильное желание убежать.

Когнитивная сфера включает, помимо мыслей, образы. Некоторым пациентам легче сообщать о живых образах, чем о мыслях. Так часто бывает с тревожными пациентами. В одном исследовании было показано, что девяносто процентов тревожных пациентов сообщали о зрительных образах, предшествующих тревожному эпизоду. Женщина, боявшаяся ходить в одиночестве, видела картины сердечного приступа, смерти на улице, после чего испытывала острую тревогу. Другая женщина, ощущавшая волну тревоги при переезде через мост, признала, что тревоги предшествовали картинные образы вылетающей за перила машины. Сбор информации об образах, следовательно, является еще одним способом понимания концептуальных систем.

Пожалуй, техники конфронтации относятся к самым известным и широко применяемым из первого блока. Главный их принцип – изменение дисфункциональных реакций на определенный стимул путем целенаправленной конфронтации с этим стимулом. Как мы уже упоминали, наибо-

лее известной из этих техник является техника систематической десенситизации. Согласно Вольпе, торможение реакций страха имеет три этапа:

1) составление списка пугающих ситуаций или стимулов с указанием их значимости или иерархии;

2) обучение какому-либо методу мышечной релаксации с целью формирования навыка создавать физическое состояние, противоположное состоянию при эмоции страха, то есть навыка тормозить реакцию страха;

3) поэтапное предъявление пугающего стимула или ситуации в сочетании с применением метода мышечной релаксации.

Примером может быть работа с транспортной фобией. Больного обучают, например, методу аутогенной тренировки. Затем больного учат представлять себя находящимся в метро, сохраняя ровное дыхание и расслабленные мышцы. Затем инструктор может спуститься с ним в метро, помогая контролировать дыхание и состояние мышц. Затем инструктор может проехать с больным вместе одну остановку. На следующий день больному предлагается одному спуститься в метро, контролируя дыхание и состояние мышц, на следующий – проехать одну остановку, и так далее до исчезновения реакции страха.

Долгое время систематическая десенситизация была царицей техник в борьбе с тревогой. Однако в настоящее время идеи Вольпе о трех этапах торможения реакций страха используются достаточно изолированно, а техники работы с тревогой несколько видоизменились. Например, большое распространение получила техника конфронтации с подавлением тревожной реакции. Конфронтация означает помещение клиента в пугающую ситуацию. Обычно при этом у клиента возникает выраженная реакция страха, сопровождающаяся поведением избегания. Согласно теории научения, поведение избегания закрепилось в силу негативного подкрепления, так как приводило к уменьшению реакции страха. Главная цель этого метода – предотвратить реакцию избегания. Запрет на избегание может быть, например, в форме контракта с клиентом на проведение эксперимента, цель которого – убедиться в необоснованности собственных опасений. Например, можно предложить клиенту с социальными страхами и ожиданием враждебных реакций со стороны окружающих спрашивать на улице у идущих навстречу прохожих, который час. По мере проведения такого эксперимента и получения в основной массе доброжелательных или спокойно-равнодушных ответов клиент убеждается в необоснованности своих опасений (реакция страха не находит подкрепления) и его напряжение на улице спадает, то есть в результате конфронтации с пугающей ситуацией поведение меняется: меняются ожидания и происходит научение.

Популярная в США техника «наводнения» представляет собой просто наиболее жесткий вариант техники конфронтации, так сказать массивную конфронтацию. Клиенту предлагается немедленная конфронтация с максимально неприятным стимулом, и, соответственно, он должен пережить максимально выраженную реакцию страха, гнева и т. д. Применение этой техники требует от клиента очень большой мотивированности и довольно высокой стрессоустойчивости. Нахождение в ситуации вопреки страху и непосредственное реальное переживание необоснованности своих опасений обычно приводит к заметному прорыву и резкому преодолению старых реакций. Важное преимущество этой техники – высокий превентивный эффект. Практически поведение избегания прекращается и в других ситуациях, так как не подкрепляется как жизненная стратегия, а подкрепление получает, наоборот, конфронтация. Обычно техника массивной конфронтации применяется *in vivo*, то есть путем помещения пациента в реальную проблемную ситуацию. Однако в ряде случаев возможна и работа с воображаемыми ситуациями. Главное – сохранять погружение в ситуацию до постепенного уменьшения реакции страха или гнева. Как правило, для научения необходимо неоднократное повторение массивной конфронтации.

В противоположность классическому научению, основанному на принципах формирования или угашения условного рефлекса, в техниках, базирующихся на оперантном научении, используются в основном приемы положительного или отрицательного подкрепления, следующего за желаемой и, соответственно, нежелательной реакцией. При этом оба вида техник обычно дополняют друг друга и используются в комплексе. При оперантном научении нужное поведение систематически подкрепляется, а нежелательное –отторгается. Формирование нужного поведе-

ния может происходить на основе приема шейпинга, пошагового подкрепления первых же элементов желательного поведения, как это бывает при подкреплении произнесения отдельных звуков ребенком, который учится говорить. Другой пример, где адекватно применение шейпингового подкрепления, – своевременный приход или же следование временным рамкам во время сеанса пациента, у которого серьезные проблемы с сеттингом и границами. Прием чейнинга означает подкрепление всей цепочки действий, направленных на определенную цель. Этот прием хорош, когда стоит задача формирования самостоятельности – отказ от помощи при попытках найти правильное решение, но щедрое подкрепление после его достижения.

Рационально-эмоциональная (рационально-эмотивная) терапия (РЭТ) была создана Альбертом Эллисом в 1955 году. Первоначальный ее вариант назывался «рациональной терапией», но в 1961 году она была переименована в РЭТ, поскольку этот термин лучше отражает сущность данного направления. В 1993 году Эллис стал использовать новое название своего метода – рационально-эмоционально-поведенческая терапия (РЭПТ). Термин «поведенческая» был введен для того, чтобы показать то большое значение, которое это направление придает работе с актуальным поведением клиента.

В соответствии с теорией рационально-эмоциональной терапии люди наиболее счастливы тогда, когда они ставят перед собой важные жизненные цели и задачи и активно стараются их осуществить. Однако при постановке и достижении этих целей и задач человек должен иметь в виду тот факт, что он живет в обществе: отстаивая собственные интересы, необходимо учитывать и интересы окружающих людей. Эта позиция противопоставляется философии эгоизма, когда желания других не уважаются и не берутся в расчет. Поскольку люди склонны руководствоваться целями, рациональное в РЭТ означает то, что помогает людям в достижении их основных целей и задач, тогда как иррациональное – это то, что препятствует их осуществлению. Таким образом, рациональность не является абсолютным понятием, она относительна по самой своей сути.

РЭТ рациональна и научна, но использует рациональность и науку для того, чтобы помогать людям жить и быть счастливыми. Она гедонистична, но приветствует не сиюминутный, а долгосрочный гедонизм, когда люди могут получить удовольствие от настоящего момента и от будущего и могут прийти к этому на максимуме свободы и дисциплины. Она предполагает, что ничего сверхчеловеческого, скорее всего, не существует, и считает, что набожная вера в сверхчеловеческие силы обычно приводит к зависимости и росту эмоциональной стабильности. Она также утверждает, что нет людей «низшего сорта» или достойных проклятия, каким бы неприемлемым и антисоциальным ни было их поведение. Особое значение она придает воле и выбору во всех человеческих делах, принимая при этом вероятность того, что некоторые поступки людей частично определяются биологическими, социальными и другими силами.

А. А. Александров выделяет категории пациентов, кому может быть показана рационально-эмоциональная терапия:

- 1) пациенты с плохой приспособляемостью, умеренной тревожностью, а также с супружескими проблемами;
- 2) пациенты с сексуальными нарушениями;
- 3) больные невротами;
- 4) индивиды с расстройствами характера;
- 5) прогульщики школы, дети-правонарушители и взрослые преступники;
- 6) пациенты с синдромом пограничного расстройства личности;
- 7) психотические пациенты, включая больных с галлюцинациями, когда они в контакте с реальностью;
- 8) индивиды с легкими формами умственной отсталости;
- 9) пациенты с психосоматическими проблемами.

Понятно, что РЭТ не оказывает прямого воздействия на соматическую или неврологическую симптоматику, имеющуюся у больного, однако она помогает пациенту изменить отношение и преодолеть невротические реакции на болезнь, усиливает его тенденции бороться с заболеванием. Как отмечает Б. Д. Карвасарский, рационально-эмоциональная терапия показана прежде всего пациентам, способным к интроспекции, анализу своих мыслей. Она предполагает активное участие

пациента на всех этапах психотерапии, установление с ним отношений, близких к партнерским, чему помогает совместное обсуждение возможных целей психотерапии, проблем, которые хотел бы разрешить пациент (обычно это симптомы соматического плана или хронического эмоционального дискомфорта).

Мысли – это гипотезы об окружающей действительности. Они могут быть истинными и ложными. Даже тогда, когда индивид убежден в истинности своих мыслей, это не делает их правильным описанием реальности. Человек может думать: «Мое выступление – это полный провал», но эта мысль может соответствовать, а может не соответствовать реальному положению дел. Так же как далее он может подумать: «Какой я осел». Понятно, данная мысль не означает, что он превратился в осла.

В процессе проведения когнитивной терапии пациент обучается не только идентифицировать мысли, связанные с проблемой или симптоматикой, но и исследовать их истинность, соответствие их реальности.

Рациональное мышление отличается от иррационального тем, что в ее основе лежат логически обоснованные доводы и факты для размышлений и принятия решений. Иррациональное мышление – бессвязный ход мыслей, не имеющий строго выстроенной логической цепочки и основанный на предположениях и чувствах. Иррациональное мышление возникает из желания человека верить в свои фантазии.

Тема 4. Методы диагностики и формулировка проблемы клиентов бихевиорально-когнитивной терапии

Понятие диагностики в бихевиорально-когнитивной терапии. Алгоритмы построения диагностического интервью. Поведенческая диагностика и выявление привычных ошибочных действий. Диагностика эффективных и неэффективных поведенческих паттернов. Диагностика сформированности социальных навыков. Когнитивная диагностика. Выявление автоматических мыслей и непродуктивных установок. Диагностическая работа с эмоциями. Правила формулировки проблемы клиента в бихевиорально-когнитивной терапии.

Поведенческая терапия как систематический подход к диагностике и лечению психологических расстройств возникла в конце 50-х гг. прошлого века. На ранних стадиях развития поведенческая терапия определялась как приложение «современной теории научения» к лечению клинических проблем. Понятие «современные теории научения» относились тогда к принципам и процедурам классического и оперантного обусловливания. Основываясь на теориях научения, поведенческие терапевты рассматривали неврозы человека и аномалии личности как выражение выработанного в онтогенезе неадаптивного поведения. Джозеф Вольпе определял поведенческую терапию как «применение экспериментально установленных принципов научения для целей изменения неадаптивного поведения». Неадаптивные привычки ослабевают и устраняются, адаптивные привычки возникают и усиливаются. Ганс Юрген Айзенк утверждал, что достаточно избавить больного от симптомов и тем самым будет устранен невроз.

С годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать. Критики изолированного применения методов поведенческой терапии видят основной ее дефект в односторонней ориентации на действие элементарной техники условных подкреплений. Коренной недостаток теории поведенческой терапии заключается не в признании важной роли условного рефлекса в нервно-психической деятельности человека, а в абсолютизации этой роли.

В последние десятилетия поведенческая терапия претерпела существенные изменения. Это связано с достижениями экспериментальной психологии и клинической практики. Теперь поведенческую терапию нельзя определить, как приложение классического и оперантного обусловливания. Различные подходы в поведенческой терапии наших дней отличаются степенью использования *когнитивных* концепций и процедур.

Начало *когнитивной терапии* связывается с деятельностью Джорджа Келли. Келли пришел к выводу, что сердцевиной неврозов является *неадаптивное мышление*. Проблемы невротика лежат в *настоящих* способах мышления, а не в прошлом. В задачу терапевта входят выяснение неосоз-

наваемых категорий мышления, которые приводят к страданиям, и обучение новым способам мышления.

Келли был одним из первых психотерапевтов, которые старались непосредственно изменять мышление пациентов. Эта цель лежит в основе многих современных терапевтических подходов, которые объединяются понятием *когнитивная терапия*.

В экспериментальных работах в области когнитивной психологии, в частности в исследованиях Пиаже, были сформулированы ясные научные принципы, которые можно было применить на практике. Даже изучение поведения животных показывало, что надо принимать во внимание их когнитивные возможности для понимания того, как у них происходит научение.

Кроме того, возникло понимание, что поведенческие терапевты, сами того не подозревая, используют когнитивные возможности своих пациентов. Десенситизация, например, использует готовность и способность пациента к воображению. Тренинг социальных умений не является на самом деле обусловливанием: пациенты обучаются не специфическим реакциям на стимулы, а набору стратегий, необходимых для совладания с ситуациями страха. Использование воображения, новых способов мышления и применение стратегий включает когнитивные процессы.

На настоящем этапе развития психотерапии когнитивный подход в чистом виде почти не практикуется: все когнитивные подходы в большей или меньшей степени используют поведенческие техники. Это справедливо и по отношению к «рационально-эмотивной терапии» А. Эллиса и к «когнитивной терапии» А. Бека. У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаружился ряд общих черт.

1. И те, и другие не интересуются причинами расстройств или прошлым пациентов, а имеют дело с настоящим: поведенческие терапевты сосредоточиваются на актуальном поведении, а когнитивные – на том, что думает человек о себе и о мире в настоящем.

2. И те, и другие смотрят на терапию как на процесс научения, а на терапевта – как на учителя. Поведенческие терапевты учат новым способам поведения, а когнитивные – новым способам мышления.

3. И те, и другие дают своим пациентам домашние задания, с тем чтобы они практиковали за пределами терапевтической среды то, что получили во время сеансов терапии.

4. И те, и другие оказывают предпочтение практическому, лишённому абсурдности (имеется в виду психоанализ) подходу, не обременённому сложными теориями личности.

Итак, новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишень «чистого» поведенческого терапевта – изменение в восприятии себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Когнитивно-поведенческие терапевты, как и их предшественники, не интересуются прошлым или причинами невротических расстройств. Они говорят, что никто не знает подлинных причин, а кроме того, не доказано, что знание причин имеет отношение к исцелению. Если больной приходит к врачу с переломом кости, в задачу врача входит его исправление, а не изучение условий, которые привели к перелому.

Несмотря на свободную форму проведения диагностического интервью, все же существует несколько правил и приемов.

1. Представление. Начинать интервью лучше всего как представление незнакомого через знакомое. Например: «Вы, вероятно, уже знакомы с каким-либо видом консультирования – юридическим или экономическим?» Консультант может рассказать об управленческом консультировании кратко и о том конечном результате, который, скорее всего, будет получен.

2. Мотивирование респондента на сотрудничество. Это достигается, например, произнесением такой фразы: «Вы понимаете, что консультанта по управлению приглашают обычно для подготовки существенных изменений? Изменения коснутся и вас. Сейчас вы можете реально повлиять на конечный результат через интервью. Иногда бывает, что серьезный работник не имеет возможности донести ценные мысли до директора. Сейчас вы можете это сделать».

3. Конфиденциальность. Когда консультант чувствует, что у респондента нет желания раскрывать конфиденциальную информацию, необходимо объяснить, что консультант свято соблюдает конфиденциальность полученной информации и может донести ее до руководства с указанием имени респондента только в том случае, если респондент сам того пожелает.

4. Целевой блок. Выяснение целевой направленности организации, наличие стратегии и так далее лучше всего начинать с вопросов о работе с клиентами. Вообще консультант в процессе интервью, вместо того чтобы делать какие-то выводы вслух, должен задавать вопросы респонденту. Например: на чем основаны ваши доводы; какие у вас основания так считать; что вы думаете по этому поводу; я сомневаюсь: переубедите меня; почему так и т.д. Часто респондент впервые начинает задумываться над постановкой проблем. Помимо вопросов, касающихся целей организации, следует выяснить цели того подразделения, в котором работает респондент; узнать, какой основной продукт подразделение поставляет организации (например, что изменилось бы, если ваше подразделение было бы ликвидировано?).

В плане диагностики стратегии организации требуется сбор и анализ огромного количества информации. Диагностика организации может проводиться по следующим основным направлениям исследования: отрасли ключевых факторов успеха, действующей стратегии, конкурентной позиции организации и конкурентных сил, цепочек ценностей и лидерства по издержкам.

5. Блок проблем. Эту часть диагностического интервью можно начать с простого вопроса, например: «Какие проблемы вы считаете особо важными для организации?» Полезное замечание заключается в том, что если респонденты больше называют внутренних проблем организации, то, как правило, в организации развита корпоративная культура.

Поведенческая диагностика представляет собой очень специфическую форму психодиагностики. Во многих моментах поведенческая диагностика расходится с традиционной психодиагностикой, основанной на теории черт, и предполагающей существование относительно стабильных и неизменных качеств личности. В традиционной диагностике предполагается, что существуют некоторые центральные стабильные характеристики (черты) личности и внешнее наблюдаемое поведение является проявлением этих черт.

Считается, что поведение человека можно понять и предсказать, измерив эти черты. В основе традиционной психодиагностики таким образом лежат (лишь частично, кстати, проверенное экспериментально) предположения о том, что между чертами личности и поведением существует причинно-следственная связь, и что внешнее поведение лишь в незначительной степени зависит от влияния социальной ситуации. Полученные на основе корреляционного анализа данные о связи ответов на утверждения теста между собой и связи совокупного индекса с внешней контрольной переменной в традиционной психодиагностике служат основанием для оценки внешней и внутренне валидности теста и его надежности. Такого рода валидизация все же имеет ряд ограничений (хотя бы в силу того, что корреляционные исследования не дают нам знания причинно-следственных связей) за что многократно подвергалась критике.

Хотя очень многие психотерапевты традиционно отстаивают роль и значение традиционной психодиагностики, в практической работе терапевты поведения все же чаще применяют так называемую поведенческую диагностику, основанную на ряде фундаментальных предположений.

В поведенческой диагностике предполагается, что поведение человека является следствием не только его строго индивидуальной истории научения и проявлением более или менее обширного репертуара стереотипов поведения, но и в существенной мере опосредуется условиями социальной ситуации, в которую включен человек, и предполагаемыми или реальными последствиями его действий.

Это фундаментальное предположение имеет два следствия. Первое касается конструирования самих утверждений тестов или тестовых ситуаций. Сами стимульные фразы или условия теста должны в достаточной степени представлять испытуемому важнейшие переменные ситуации и последствий поведения. Иными словами, стимульные фразы или ситуации должны быть в максимальной степени наглядны и очевидны.

Поскольку это требование едва ли выполнимо в рамках традиционных бланковых или проективных тестов, то в поведенческой диагностике больше доверяют наблюдению за поведением в реальной жизни (*in vivo*) или в приближенных к ней ролевых играх (тесты ролевой игры).

Далее, все чаще в ходе поведенческой диагностики используют диагностическую беседу, в которой основой диагноза становятся самоотчеты клиентов (точность которых, конечно же, проверяется дополнительно).

2) В сравнении с традиционной психодиагностикой, в которой реакции на тестовые задачи испытуемого сравниваются с усредненными реакциями больших выборок, представляющих все генеральную совокупность, в поведенческой диагностике предполагается вариативность поведения человека в различных социальных ситуациях. Иными словами, сами реакции человека на стимульные ситуации рассматриваются в качестве выборки, на основании которой ставится диагноз. Нормативная функция усредненного поведения других людей при этом имеет лишь косвенное значения, репрезентируя собой социальную норму. Таким образом, сбор и анализ данных в процессе поведенческой психодиагностики нацелен на выявление функциональных связей между важнейшими переменными окружающей среды, организма человека, его когнициями (ожиданиями, верой, оценками и планами) и особенностями внешнего наблюдаемого (вербального и невербального) поведения.

Эта процедура в поведенческой терапии называется «функциональным анализом» или «прикладным анализом поведения». На этом этапе в первую очередь составляется список паттернов поведения, которые имеют негативные последствия для пациента. Каждый паттерн поведения описывается по следующей схеме:

Когда и как проявляется данный тип поведения?

Насколько часто?

Как долго он длится?

Каковы его последствия в краткосрочной и в долгосрочной перспективе?

При этом в поведенческой терапии принимается во внимание лишь то, что может быть наблюдаемо. Например, вместо того, чтобы говорить о страхе, который он испытывает, пациент должен рассказать о конкретных ощущениях, связанных со страхом (сердцебиение, нарушения дыхания, и т. д.)

Затем выявляются ситуации и события, которые вызывают невротическую поведенческую реакцию (страх, избегание, и т. д.) С помощью самонаблюдения пациент должен ответить на вопрос: какие факторы могут увеличить или уменьшить вероятность появления желательного или нежелательного паттерна поведения? Следует также проверить, не обладает ли нежелательный паттерн поведения какой-либо «вторичной выгодой» (англ.)русск. « для пациента, то есть скрытым положительным подкреплением данного поведения. Затем терапевт определяет для себя, какие сильные стороны в характере пациента могут быть использованы в терапевтическом процессе. Важно также выяснить, каковы ожидания пациента в отношении того, что может дать ему психотерапия: пациенту предлагается сформулировать свои ожидания в конкретных терминах, то есть указать, от каких поведенческих паттернов он хотел бы избавиться, и каким формам поведения он хотел бы научиться. Необходимо проверить, являются ли эти ожидания реалистическими. Для того, чтобы получить наиболее полную картину состояния пациента, терапевт выдает ему вопросник, который пациент должен заполнить дома, с использованием, в случае необходимости, метода самонаблюдения. Иногда этап начальной оценки занимает несколько недель, поскольку в поведенческой терапии крайне важно получить полное и точное описание проблемы пациента.

В поведенческой терапии данные, полученные на этапе предварительного анализа, называются «базовым уровнем» или «отправной точкой» (англ. *baseline*). В дальнейшем эти данные используются для оценки эффективности терапии. Кроме того, они позволяют пациенту осознать, что его состояние постепенно улучшается, что повышает мотивацию для продолжения терапии.

Человек в концепции бихевиоризма понимается, прежде всего, как реагирующее, действующее обучающееся существо, запрограммированное на определенные реакции, действия, поведение. Изменяя стимулы и подкрепления, можно моделировать нужное поведение, в том числе и эмоциональные реакции. Например, Уотсон не делал никаких различий между выработкой эмоциональ-

ных реакций у человека и слюноотделительного рефлекса у собаки, полагая, что все эмоциональные проявления являются результатом выработки классических условных рефлексов.

Другой радикальный бихевиорист Б.Ф.Скиннер отстаивал описательный подход к изучению чувств. Он предложил наблюдать связанное с ними поведение. «Мы определяем эмоции – до тех пор, пока мы хотим этого, – как слабость или силу той или иной реакции... К сожалению, ссылки на чувства или состояния ума имеют эмоциональную окраску, которой бихевиористы в своих объяснениях стараются избегать»

Тем не менее, по мнению Скиннера, главным средством формирования нужного поведения выступает подкрепление, которое может быть положительным, либо отрицательным. Почему именно такие термины? Думается, прежде всего, потому, что они указывают на соответствующую полярность эмоциональных реакций, возникающих при использовании того или иного вида подкрепления. Необходимо добавить, что подкрепления могут быть не только материальными, но и такими, которые непосредственно связаны с чувствами человека: похвала, порицание, неудача, удовлетворение от полученного результата, страх перед наказанием. Об этом неоднозначно говорит Д. Роттер в своей теории социального научения. «На поведение человека влияет характер подкрепления, его ценность для человека, разные люди ценят и предпочитают разные подкрепления: кто-то более ценит похвалу, уважение со стороны других, кто-то более ценит деньги, или более чувствителен к наказанию».

Стоит упомянуть, что Роттер выделял типы поведения, нацеленные на сохранение дружеского отношения, интереса, любви, привязанности и преданности других. По утверждению Роттера, большинство из нас ощущает сильную потребность в любви и привязанности, т.е. в том, чтобы другие люди принимали нас и испытывали к нам теплые чувства.

В рамках бихевиоризма А. Бандура делал основной акцент на роли научения через наблюдения в приобретении навыков поведения, но он также подчеркивал важность самостоятельных воздействий человека на окружение как причинного фактора во всех аспектах функционирования человека – мотивации, эмоций, действий. Одним из важных понятий в социально-когнитивной теории Бандуры является понятие самоэффективности – «убеждения человека относительно его способности управлять событиями, воздействующими на его жизнь».

Динамика самоэффективности, по мнению Бандуры, зависит от четырех факторов: непосредственного опыта, косвенного опыта, общественного мнения, физического и эмоционального состояния. Относительно влияния эмоций на самоэффективность, А.Бандура сделал интересные выводы, истинность которых на сегодня никто не отрицает. Сильные эмоции мешают деятельности, когда человек находится в состоянии стресса, сильной тревоги или страха, его уверенность в своей эффективности понижается. Уменьшение тревоги или увеличение физической раскрепощенности облегчают выполнение задачи. При этом влияние эмоционального напряжения зависит от определенных факторов:

1. от уровня напряжения – чем сильнее волнение, тем меньше самоэффективность;
2. представления человека о том, насколько его эмоции соответствуют действительности;
3. сложность самой задачи; эмоциональное напряжение может помочь успешно сделать что-нибудь простое, но мешает выполнению сложного.

Необходимо еще отметить, что Бандура провел много научных исследований на тему агрессивного поведения людей. На основании этих исследований он пришел к заключению, что гнев, как проявление общего возбуждения, способствующего агрессии, будет проявляться только когда в условиях данной ситуации социально приемлемы образцы гневных реакций.

В отношении эмоций также немаловажно следующее утверждение Бандуры: мы испытываем положительные или отрицательные эмоции в зависимости от того, насколько наше поведение соответствует нашим личным стандартам. «Реакции самооценки приобретают и сохраняют критерии поощрения и наказания в зависимости от реальных последствий. Люди обычно удовлетворены собой, если испытывают гордость от своих успехов, но недовольны собой, когда что-то осуждают в себе». Если человек совершает недопустимые и несоответствующие своим стандартам поступки, во избежание общественного или собственного порицания и, как следствие, негативных переживаний, он оправдывает себя, перестраивая свое сознание так, что это позволяет ему уменьшить

свою ответственность (чувство вины) или избежать ее. Бандура выделяет несколько способов уменьшения или избегания ответственности:

1. моральное оправдание – преступное поведение представляется необходимым для самозащиты и даже достойным;
2. оправдывающее сравнение между своими действиями и еще большими проступками, совершенными другими;
3. использование словесных ярлыков, к примеру, профессиональные киллеры убийства называют «исполнением контракта»;
4. смещение ответственности – уменьшение значимости последствий своих действий путем переноса ответственности на внешние причины;
5. распыление ответственности – распространение ее на большое количество людей, в итоге никто ни за что не отвечает;
6. искажение или замутнение связи между поведением и его вредными последствиями путем преуменьшения этих последствий, игнорирования последствий либо неправильного их истолкования;
7. дегуманизация жертвы или возложение вины на нее.

Тема 5. Работа с глубинными убеждениями личности.

Диагностическая оценка расстройств личности. Модификации бихевиорально-когнитивной терапии для расстройств личности – схема-терапия, диалектико–поведенческая терапия. Рабочий альянс с пациентом. Когнитивные и поведенческие техники. Механизмы возникновения дезадаптивных схем. Дезадаптивные схемы: зависимость/некомпетентность; уязвимость и опасность; схема недоразвитое «Я»; схема поражения, провала; покинутость, нестабильность; недоверие, насилие, злоупотребление; эмоциональная депривация; дефективность, стыд; социальная изоляция; немилосердные стандарты. Диагностика когнитивных схем. Техники модификации глубинных схем. Направленная работа с образами для модификации схем. Техника «переписывание воспоминаний» для изменения глубинных схем. Работа с переносом и контрпереносом. Особенности работы с пограничным расстройством личности. Особенности работы с нарциссическим расстройством личности.

Когнитивно-бихевиоральный подход к психотерапии личностных расстройств.

Гриншпун:

Психотерапия в контексте познавательной сферы

Чисто когнитивная психотерапия:

Дж. Келли, теория личностных конструктов.

Каждый человек в чем-то подобен ученому, т.к. строит гипотезы. Мир конструируется человеком. Есть конструкты, которые позволяют существовать более или менее успешно. Интеллектуальные шаблоны – личностные конструкты. Личностные конструкты могут быть разного уровня, открытыми \ закрытыми. У каждого человека есть конструкты, которые можно выявить. Личность – как система конструктов. Плохая система – возникают проблемы. Терапия заключается в перестройке системы.

Ролевая концепция позволяет изменить свою систему. Роль – конструирование конструктов другого (Келли). Прием: сочинение истории про себя в 3 лице.

А. Бандура – когнитивный бихевиоризм

2 принципа:

1. взаимной причинности – организм и среда влияют друг на друга. Организм может влиять на свое поведение через изменение среды.
2. принцип научения через наблюдение – организм может усваивать, наблюдая за поведением другого. Моделирование – основной терапевтический прием Бандуры.

Рассказова:

Когнитивная модель: событие (внешнее или внутренние субъективные переживания) вызывает автоматические мысли у человека, в зависимости от содержания которых строятся реакции (последствия) (эмоциональные, поведенческие, физиологические). КБТ:

- мониторинг событий,
- обнаружение, проверка, переоценка автоматических мыслей, когнитивных убеждений
- метод поведенческого эксперимента (реакции, последствия)

Диалектическая поведенческая терапия

Диалектическая поведенческая терапия (ДПТ), разработанная Маршей М. Линехан из Университета Вашингтона, – это производная от стандартной когнитивно-поведенческой психотерапии, на основе которой было проведено больше всего контролируемых исследований, демонстрирующих ее эффективность.

Слово «диалектическая» в названии относится к цели разрешения внутренних «противоречий», с которыми сталкиваются пациенты с пограничным расстройством личности (ПРЛ), то есть к потребности преодолеть противоречивые эмоциональные состояния человека, такие как одновременная любовь и ненависть к индивиду или ситуации. Более базовая диалектика в этой системе заключена в необходимости разобраться с парадоксом того, что пациент старается изо всех сил и остается доволен своими усилиями и в то же время стремится измениться еще больше и достичь еще лучших результатов.

Такая терапия исходит из того, что у пациентов с ПРЛ существует генетическая/биологическая уязвимость перед чрезмерной эмоциональной реакцией. Эта точка зрения строится на предположении о том, что лимбическая система – часть мозга, теснее всего связанная с эмоциональной реакцией, – у пограничных личностей гиперактивна.

Второй важный фактор, на который указывают сторонники ДПТ, – пагубное влияние среды, то есть отрицание, игнорирование или опровержение эмоций развивающегося индивида другими. Сталкиваясь с этим, пограничная личность теряет способность доверять другим людям или собственным реакциям. Эмоции становятся неконтролируемыми и непостоянными.

На первых этапах лечения диалектическая психотерапия фокусируется на иерархичной системе целей, сперва обращаясь к самым серьезным, а затем – к самым легким для изменения видам поведения.

Самая приоритетная задача, с которой терапевт должен справиться немедленно, – угроза суицида или поведение, направленное себе во вред.

Вторая по приоритетности цель – устранение поведения, мешающего терапии, такого как пропуск сеансов или невыполнение домашних заданий.

Третья по важности задача – повлиять на мешающее здоровой жизни поведение, такое как деструктивные компульсивные позывы, сексуальная неразборчивость или криминальные деяния. Среди них терапия ориентируется в первую очередь на наиболее легкие цели.

Четвертая задача – улучшение поведенческих навыков.

Структурированная программа диалектической поведенческой терапии состоит из четырех основных компонентов:

Еженедельные индивидуальные сеансы психотерапии укрепляют приобретенные новые навыки и минимизируют контрпродуктивное поведение.

Еженедельные сеансы развития групповых навыков, где изучаются образовательные материалы о ДПТ, выполняются домашние задания и проводятся обсуждения, чтобы научить пациентов техникам лучшего контроля эмоций, улучшения межличностных контактов и воспитания *внимательности* – этот термин описывает объективный разбор имеющихся эмоций, не затуманенный размышлениями о прошлом и будущем или эмоциональной лабильностью.

Консультирование по телефону (уникальная черта ДПТ) с целью помочь пациентам проработать накапливающийся стресс до того, как он преодолеет критическую точку; звонить телефонному консультанту можно в любое время, однако считается неприемлемым делать это *после* того, как пациент сделал нечто контрпродуктивное.

Еженедельные встречи со всеми членами команды психотерапевтов для укрепления навыков и мотивации, и преодоления выгорания. Каждую неделю пациентам дают «дневниковую карточку» ДПТ, подлежащую ежедневному заполнению. Дневник должен документировать саморазрушительное поведение, употребление наркотиков, отрицательные эмоции и то, как пациент справлялся с такими повседневными стрессами.

Термин «схема» применяется в психологии и психотерапии на протяжении многих лет. Этот термин был впервые использован в трудах представителей когнитивного направления в психологии Ф. Ч. Бартлетта и Ж. Пиаже. Когнитивными схемами у этих исследователей называются относительно устойчивые когнитивные модели, посредством которых люди сортируют и синтезируют поступающую информацию. Бек и Фримен отмечают, что такие понятия, как «схемы», «убеждения», «правила», «когнитивные паттерны», «когниции» являются смежными. Кроме того, понятие «схема» подобно введенному Джорджем Келли термину «личностные конструкторы». Убеждения и правила отражают содержание схем, определяют содержание мышления, эмоций и поведения. В когнитивной психологии схема рассматривается как особым образом организованная система прошлого опыта, обретенного в процессе познания, с помощью которой объясняется переживание опыта настоящего времени. Понятие схемы было использовано А. Беком в рамках когнитивной терапии для описания когнитивных паттернов, сформированных в результате прошлого опыта и определяющих его реакцию на различные ситуации.

По его мнению, схемы – это фундаментальные элементы личности, от которых зависят когнитивные, эмоциональные и мотивационные процессы, которые идут от оценки к эмоциональному и мотивационному возбуждению и, наконец, к выбору и реализации релевантной стратегии. Индивид воспринимает и интерпретирует события, руководствуясь доминирующей в его сознании концептуальной схемой.

Помимо ориентированных на реальность адаптивных схем А. Бек выделяет дисфункциональные схемы, основанные на искаженных суждениях и сопутствующей этим суждениям тенденции допускать когнитивные ошибки в некоторых типах ситуаций.

Дисфункциональные схемы могут долгое время оставаться в дезактивированном состоянии, но легко приводятся в движение специфичным средовым стимулом (например, стрессовой ситуацией). При этом любой опыт, в том числе травматический, ложится на уже существующие у индивида схемы. А. Беком были выделены различные типы схем по их функциям: когнитивные схемы связаны с абстрагированием, интерпретацией и припоминанием; аффективные схемы ответственны за возникновение чувств; мотивационные схемы имеют дело с желаниями и влечениями; инструментальные схемы обеспечивают подготовку к действию; схемы контроля участвуют в самоконтроле и запрещении или направлении тех или иных действий. Зачастую различные типы схем действуют последовательно. Схемы обладают следующими структурными качествами: широтой, гибкостью или жёсткостью, интенсивностью, уровнем активации.

Дж. Янг обратил внимание на то, что дисфункциональные схемы обычно произрастают из трудного детства, в котором базовые потребности ребенка не были удовлетворены, в результате чего у него формировались дезадаптивные стили совладания или выживания, впоследствии порождающие неадекватность его поведения. Такие схемы, сформированные в раннем детстве, Дж. Янг назвал ранними дезадаптивными схемами.

Ранняя дезадаптивная схема представляет собой модель восприятия действительности, которая была сформирована в детстве под влиянием травматических событий или плохого обращения и применяющаяся на протяжении всей жизни при некоторой схожести обстоятельств с событиями в детстве. Дж. Янг отмечает, что образование ранних дезадаптивных схем чаще всего (но не во всех случаях) происходит в результате переживания травматического или эмоционально деформирующего опыта в раннем детском возрасте в процессе общения ребёнка с ближайшим окружением (иными словами, ранней детской травмы).

Ранняя детская травма – переживание ребёнком какого-либо события, которое является эмоционально болезненным и оказывает долговременное разрушительное влияние на ребёнка как на психическом, так и на физическом уровне. Как уже было сказано, не все ранние дезадаптивные схемы возникают вследствие ранней детской травмы, однако все они имеют негативные последствия.

При этом чем интенсивнее воздействие травмирующих факторов, тем более выражены и устойчивы формирующиеся схемы. К формированию дезадаптивных схем могут привести ситуации, вступающие в противоречие с базовыми убеждениями индивида. Данное понятие было предложено Р. Янов-Бульман, которая определяет его как «имплицитные, глобальные, устойчивые пред-

ставления индивида о мире и о себе, оказывающие влияние на мышление, эмоциональные состояния и поведение человека». К базовым убеждениям она относит веру в то, что в мире больше добра, чем зла; убеждение в том, что мир полон смысла; убеждение в ценности собственного «Я». Базовые убеждения личности претерпевают серьезные изменения под влиянием перенесенных личностью детских психологических травм и травматических событий, в результате которых основательно разрушаются привычные жизненные представления и схемы поведения. Возникают дезадаптивные схемы.

Ранние дезадаптивные схемы нарушают нормальную социальную адаптацию, ограничивая поведение человека, так как являются ригидными, самоподдерживающимися механизмами, которые заставляют человека отражать только соответствующую схемам информацию, воспринимаются им как фактическое, достоверное знание о себе и об окружающем мире. Для активации ранних дезадаптивных схем зачастую необходимо определенное «пусковое» событие, которое активизирует ту или иную схему, которая ранее не проявлялась и не осознавалась человеком. Схемы могут «запускаться» как релевантными событиями, так и настроением человека, и часто это сопровождается высоким уровнем аффекта и низким уровнем критичности к своему состоянию. Все это мешает человеку удовлетворить свои основные потребности и, как правило, приводит к неблагоприятным последствиям для самого человека либо для окружающих его людей, препятствует построению и поддержанию гармоничных отношений.

Дж. Янг отмечает, что у всех индивидов, включая детей, присутствуют ранние дезадаптивные схемы, несмотря на то, что имеют разную степень выраженности. С возрастом ранние дезадаптивные схемы становятся все более сложными и могут оказывать влияние на многие сферы жизни человека. В настоящее время исследователи рассматривают ранние дезадаптивные схемы как предикторы развития различных отклонений и психопатологий.

Схемы, относящиеся к категории разобщенности и отвержения. Данная категория схем имеет в своей основе нарушения привязанности. Все схемы этой группы тем или иным образом связаны с переживанием дефицита безопасности и надежности в межличностных отношениях. Качество сопутствующих чувств и эмоций варьирует в зависимости от конкретной схемы – например, схема покинутости/ нестабильности ассоциируется с чувством оставленности значимыми другими и связана с ситуациями заброшенности в детстве.

Пациенты со схемой социальной изоляции/отчуждения, в свою очередь, страдают от отсутствия чувства принадлежности (связи с другими), что объясняется их отвержением группами ровесников в прошлом. Пациенты со схемой недоверия насилия испытывают чувство угрозы со стороны окружающих, так как в детстве они часто подвергались насилию со стороны других людей.

(1) *Покинутость/нестабильность*. Пациенты, у которых наличествует такая схема, страдают от чувства недолговечности любых отношений, в которые им доводится вступать, и постоянно беспокоятся о том, что значимые люди могут их оставить. Как правило, большинство из них рассказывает об аналогичном опыте, пережитом в детстве. Это мог быть уход из семьи одного из родителей, который переставал заботиться о пациенте, или преждевременная смерть значимого лица. Такие пациенты часто вступают в отношения с ненадежными людьми, которые вновь и вновь подкрепляют дисфункциональную схему. Даже если пациент находится в надежных, стабильных отношениях, в которых ему ничего не угрожает, самого незначительного события (например, возвращения партнера с работы на час позже обычного) бывает достаточно, чтобы «запустить» преувеличенную и неадекватную реакцию страха потери или отвержения.

(2) *Недоверие/насилие*. Пациенты с преобладанием этой схемы живут в постоянном ожидании насилия, унижения или плохого обращения с ними со стороны окружающих. Они мучаются подозрениями и опасениями относительно того, что кто-то сознательно причинит им вред. Когда другие люди проявляют по отношению к ним дружелюбие, им кажется, что это неспроста. При соприкосновении с чувствами, порождаемыми схемой, они испытывают тревогу и страх. В особенно тяжелых случаях пациенты испытывают чувство опасности практически в любой социальной ситуации. Данная схема, как правило, формируется вследствие перенесенного в детстве насилия, в большинстве случаев сексуального, однако физическое, эмоциональное или вербальное насилие также приводят к образованию глубоко укоренившихся схем. Очень часто насилие исходит

от членов семьи, например, одного из родителей или сиблингов, однако важно помнить, что одним из основных источников этой схемы, часто сочетающейся со схемой стыда или обреченности на неудачу, является жестокое обращение со стороны сверстников, например, буллинг в школе.

(3) *Эмоциональная депривация.* Пациенты с преобладанием данной схемы, как правило, описывают свое детство в терминах благополучия, однако большинство из них не получали родительского тепла и заботы и не чувствовали себя защищенными, любимыми и обласканными. Чувства, порожаемые данной схемой, не отличаются интенсивностью. Напротив, пациенты не испытывают чувства защищенности и любви в ответ на проявления любви и желания заботиться о них со стороны близких людей. Можно сказать, что эта схема не заставляет ее «носителей» страдать. Однако люди из близкого круга пациента хорошо знают о существовании схемы, потому что они чувствуют, что не могут приблизиться к нему или проявить заботу и любовь без его соизволения. Схема эмоциональной депривации лишает человека способности почувствовать и признать симпатию окружающих. В большинстве случаев эта схема не приводит к образованию проблем до тех пор, пока жизненные обстоятельства пациента не становятся для него непереносимыми.

(4) *Дефективность/стыд.* Эта схема характеризуется чувствами дефективности, неполноценности и нежеланности. Пациенты считают, что не стоят любви, уважения или внимания, потому что попросту не заслуживают этого вне зависимости от того, как они себя ведут. Это переживание обычно сопровождается острым чувством стыда. Эта схема в сочетании со схемой недоверия/насилия часто встречается у пациентов с ПРЛ. Как правило, формированию этой схемы способствует интенсивное унижение и обесценивание в детском возрасте.

(4) *Социальная изоляция/отчуждение.* Пациенты с преобладанием этой схемы испытывают чувство отчуждения и неспособности соединиться с другим и людьми. Более того, для них типично восприятие себя как совершенно не похожих на остальных. Они чувствуют себя чужими в любой социальной группе, хотя окружающие могут считать их вполне встроенными в коллектив. Они часто рассказывают, что в детстве были в прямом смысле изолированы от окружающих в силу того, что не владели диалектом местности, в которой проживали, не посещали детских дошкольных учреждений и не являлись членами молодежных организаций или спортивных клубов. Часто отмечается несоответствие между социальным и семейным происхождением пациента и его достижениями во взрослом возрасте. Типичный пример – пациенты, выросшие в бедной семье с низким уровнем образования и ставшие первыми и единственными членами «семьи, получившими высшее образование. Они не принадлежат ни к одному из миров – ни к своей семье, ни к классу образованных людей в силу разности их социального происхождения. В таких случаях эта схема часто сочетается с дефективностью и стыдом, в особенности, если собственное происхождение переживается как недостойное.

Схемы, относящиеся к категории нарушения личностной автономии и непризнания достижений.

В данной категории первостепенное значение обретают проблемы, связанные с поддержанием личностной автономии и признанием собственных достижений. Пациенты с этими схемами воспринимают себя как зависимых и незащищенных и страдают от собственной нерешительности. Они опасаются, что автономные решения нанесут вред их отношениям со значимыми людьми, и не ожидают ничего, кроме неудач, в ситуациях серьезного выбора. Пациенты, находящиеся под влиянием схемы подверженности физическому вреду или болезням, могут испытывать страх при необходимости принять судьбоносные решения, полагая, что жизненные перемены причинят вред им самим и окружающим людям.

Эти схемы формируются путем заимствования социальных моделей, например, у родительских фигур, которые постоянно предупреждали пациентов в детстве об опасностях и возможности заболеть или страдали от обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР), сопровождающегося страхом заразиться (схема подверженности физическому вреду или болезням). Сходным образом схема зависимости/некомпетентности развивается у детей родителей, не испытывающих уверенности в том, что их ребенок обладает достаточными для его возраста навыками, чтобы справиться с нормальными вызовами развития. Однако схемы из этой категории могут возникать и при предъявлении к ребенку завышенных требований, а также в случаях, когда ребенку приходится

стать независимым слишком рано и без достаточной внешней поддержки. Так, пациенты, страдавшие от недостатка родительского внимания или от чрезмерных стрессовых нагрузок, могут проявлять паттерны зависимого поведения, с тем чтобы получить заботу, которой им не хватало в детстве, и в конечном итоге не приобретают навыков здоровой автономности.

(6) *Зависимость/некомпетентность*. Пациенты с такой схемой часто страдают от беспомощности и неспособности управлять своей жизнью без помощи других людей. Эта схема типична для зависимого личностного расстройства. В некоторых случаях формирование схемы связывается с предъявлением к пациентам чрезмерных требований в детстве. Часто это могут быть имплицитные социальные

ожидания, например, проявление ответственности по отношению к болеющему родителю. Пребывая в состоянии хронического стресса, такие пациенты не смогли развить у себя чувства состоятельности и здоровых механизмов копинга. В других случаях родители пациентов, напротив, ничего не требовали от детей. Вместо того, чтобы способствовать развитию у детей чувства здоровой автономии в подростковом возрасте, они отказывались ослаблять контроль и продолжали помогать им в повседневных делах, не возлагая на них никакой ответственности.

Эта схема может проявиться в ходе терапии не сразу; как правило, пациенты демонстрируют высокий уровень сотрудничества в терапевтических отношениях. Спустя некоторое время, однако, терапевт начинает отмечать отсутствие прогресса в работе, невзирая на готовность пациента к взаимодействию. Если пациент в начале терапии ведет себя преувеличенно дружелюбно и с энтузиазмом реагирует на любое из предписаний терапевта, однако продвижения в работе не отмечается, терапевту следует предположить наличие паттернов зависимости, особенно в случаях, когда пациент имеет неоднократный опыт прохождения терапии с малой результативностью.

(7) *Подверженность физическому вреду или болезням* Эта схема особенно часто встречается у пациентов с ипохондрией и генерализованным тревожным расстройством и характеризуется преувеличенной тревогой по поводу трагических событий, катастроф или болезней, которые в силу своей непредсказуемой природы могут обрушиться на человека в любое время. Люди с преобладанием такой схемы часто рассказывают о том, что их матери или бабушки отличались сверхбдительностью, постоянно беспокоились, предупреждали их о серьезных заболеваниях и опасностях, подстерегающих человека на каждом шагу, а также о том, что их детство проходило в условиях чрезмерной озабоченности и осторожности со стороны значимых взрослых, которые вынуждали их подчиняться очень жестким правилам касательно гигиены, например, никогда не есть невымытых фруктов или тщательно мыть руки после посещения людных мест, чтобы не заразиться. Подобная схема распространена и среди пациентов, ставших жертвами разрушительных и не подвластных их воле событий, например, стихийного бедствия или тяжелой болезни.

(8) *Слитность с другими / неразвитое Я*. У людей, страдающих от этой схемы, слабое чувство собственной идентичности. Они практически не способны принимать решений, касающихся их повседневной жизни, без поддержки и ободрения других людей, в большинстве случаев – матери. Они не могут сформировать собственного мнения без участия значимого для них человека. В самых тяжелых случаях они вообще не чувствуют себя отдельной личностью. Такие пациенты рассказывают об очень близких и часто весьма эмоционально насыщенных отношениях с человеком, с которым они так тесно связаны. Люди со схемой слитности могут быть чрезвычайно умными и хорошо образованными, но это ни в коей мере не помогает им распознавать собственные чувства или принимать независимые решения. Зачастую такие люди не испытывают страданий с связи со своей схемой, так как отношения слитности не переживаются ими как негативные. Однако нарушения автономии и социального функционирования могут приводить к образованию опосредованных проблем; кроме того, партнеры или супруги таких пациентов могут быть хронически фрустрированы указанной слитностью. Эта схема часто сопровождается обсессивно-компульсивной симптоматикой.

(9) *Обреченность на неудачу*. Эта схема характеризуется переживанием тотального поражения и восприятием себя как менее одаренного и интеллектуального человека по сравнению с другими. Пациенты с такой схемой считают, что никогда не смогут ничего добиться. Такие пациенты часто получали негативную обратную связь в школе и семье, вплоть до полнейшего обесценива-

ния их личности. Эта схема может сформироваться и у людей, которые в детстве и юности были связаны с занятиями, требующими высоких результатов и совершенства исполнения (например, классическая музыка, соревновательные виды спорта). Ситуации, требующие мобилизации сил и сопряженные с сильным стрессом, например, экзамены, становятся для таких людей непреодолимым испытанием. Эта схема иногда действует как самосбывающееся пророчество: поскольку подверженные ее действию люди боятся трудных ситуаций, они могут избегать их что приводит к плохой подготовке и, по закону порочного круга, к действительно катастрофическим результатам, когда избежать таких ситуаций невозможно. Схемы, относящиеся к категории нарушенных границ.

Схемы, включенные в данную категорию, вызывают трудности с установлением и соблюдением нормальных границ. Пациенты с такими схемами с трудом сохраняют спокойствие и удерживают себя в рамках приличий; им не хватает самодисциплины, чтобы эффективно управлять своей повседневной жизнью, учебой или трудовой деятельностью. Люди со схемой обладания особыми правами / грандиозности считают, что им положено все, чего бы они не захотели, и склонны к самовозвеличению. Схема недостаточного самоконтроля/ самодисциплины проявляется в нарушениях дисциплины и неспособности к отсрочке удовольствия. Подобно схемам, относящимся к предыдущей категории, эти негативные убеждения формируются путем социального научения и прямого подражания моделям. Таких пациентов часто баловали в детстве; их родители, в свою очередь, выросли без правильного воспитания и/или испытывали проблемы с принятием чужих границ. Однако эти схемы могут развиваться у детей чрезмерно строгих родителей, устанавливающих избыточные правила дисциплины или слишком жесткие границы. В таких случаях схемы являются проявлением бунта против границ и дисциплины как таковых.

(10) *Обладание особыми правами/грандиозность*. Люди с такой схемой считают, что они настолько особенные, что это дает им право пренебрегать общепринятыми правилами и условностями. Они ненавидят любые формы ограничений. Как правило, эта схема типична для нарциссических личностей, стремящихся к власти и контролю и склонных взаимодействовать с окружающими в очень конкурентной манере. Часто пациенты рассказывают, что их ролевой модели – чаще всего отцу – были присущи нарциссические черты и способность диктовать свои правила всему миру и никогда не останавливаться на достигнутом. Часто контролирующий и властный стиль в отношениях с другими людьми напрямую воспитывается в ребенке родителями. Например, отец может подкреплять такие паттерны поведения у сына, когда тот пытается контролировать сверстников, либо ребенку прививается чувство особенности в силу его происхождения из знатной семьи.

(11) *Недостаток самоконтроля/самодисциплины*. Люди с такой схемой страдают от недостатка самоконтроля и неспособности к отсрочке удовольствия. Они часто бросают на полпути занятия, которые кажутся им скучными; им не хватает терпения для реализации задач, требующих дисциплинированности и настойчивости. Окружающие считают таких людей ленивыми, эгоистичными и плохо выполняющими свои обязанности. Биографические предпосылки этой схемы схожи с обстоятельствами, порождающими схему обладания правом/грандиозности. Однако подобные паттерны могут быть характерны и для пациентов, перенесших в детстве ту или иную форму насилия. В семьях, где детей постоянно обижают или совсем не заботятся о них, трудно получить воспитание, необходимое для формирования здоровых навыков самодисциплины.

Схемы, относящиеся к категории направленности на других

Люди со схемами, относящимися к этой категории, обычно считают свои потребности менее значимыми, чем потребности, желания и требования окружающих. Как следствие, большая часть юс усилий уходит на то, чтобы удовлетворять потребности других людей. Однако способы, к которым они прибегают, различаются в зависимости от преобладающей схемы. Пациенты с выраженной схемой подчинения неизменно пытаются подстроить свое поведение под чужие взгляды и потребности. С другой стороны, схема самопожертвования порождающих; «носители» данной схемы считают своим долгом поступать так, чтобы всем было хорошо. Пациенты со схемой поиска одобрения полагают своей единственной целью угождать другим, и все их действия и усилия подчинены этой задаче, а их собственные желания остаются неудовлетворенными. По отношению к личной истории и факторам развития данные схемы часто являются вторичными, в то время как

первичные схемы принадлежат скорее к категории социальной изоляции/отчуждения. Так, схемы направленности на других могут формироваться в качестве механизмов копинга при изоляции и отчуждении, порождающих соответствующие схемы. Например, пациенты часто упоминают об алкоголизме и агрессивном поведении в пьяном состоянии значимой родительской фигуры, чаще всего отца. Чувство постоянной угрозы способствует в этом случае развитию схемы недоверия/насилия. Чтобы избежать конфликта с отцом, находящимся под воздействием спиртного, детям приходится поневоле вести себя послушно, и такое вынужденное «вторичное» поведение закрепляется для всех подобных ситуаций, оформляясь впоследствии в схему подчинения. Сходным образом заимствуются и модели подчинения, например, когда мать не пресекает поведения пьяного отца и не разводится с ним, но сдается перед его агрессией.

(12) *Подчинение*. Люди с преобладанием этой схемы позволяют другим руководить отношениями, всячески приспособив свое поведение к желаниям и представлениям окружающих, вплоть до случаев, когда такие желания не выражаются прямо, а только подразумеваются. Таким пациентам трудно осознать собственные потребности, несмотря на все усилия психотерапевта. В детстве они часто становились участниками крайне небезопасных семейных ситуаций, в которых один родитель был вынужден подчиняться воле другого. Возможно, мать отступала перед агрессией или проявлением насилия со стороны отца; возможно также, что любое проявление желаний или потребностей сурово наказывалось.

(13) *Самопожертвование*. Пациенты с такой схемой полностью подчиняют свое поведение удовлетворению потребностей других людей. Однако следует отличать эту схему от схемы подчинения, так как главная задача индивида в данном случае состоит не в послушном присваивании чужих убеждений и приспособлении к ним, но в стремлении как можно скорее прояснить ситуационные задачи или потребности окружающих и сделать все возможное для их удовлетворения. Степень участия определяется здесь как активная и добровольная. Попытка сфокусироваться на собственных потребностях вызывает у пациентов сильнейшее чувство вины. Эта схема очень распространена среди представителей «помогающих» профессий. В повседневности мы часто видим, что работа, требующая затрат времени и усилий, но при этом те вознаграждаемая финансово или морально, зачастую выполняется людьми одного и того же типа. Например, женщина может стать членом родительского комитета сначала в детском саду, который посещает ребенок, затем в начальной и средней школе, несмотря на то, что она тысячу раз пообещала себе больше этого не делать. Когда проходят выборы родительского комитета, люди со схемой самопожертвования испытывают такое чувство вины в связи с возможностью отказаться от общественной работы, что оказываются вновь переизбранными, прежде чем они осознают это. Очевидно, что данная схема, если рассматривать ее с этой точки зрения, вполне может встречаться и у здоровых личностей и не иметь клинических последствий при условии сформированности у индивида здоровых механизмов защиты.

(14) *Поиск одобрения*. Пациенты с преобладанием этой схемы чрезмерно озабочены тем, как произвести хорошее впечатление на окружающих. Они готовы тратить время и усилия на повышение своего социального статуса, совершенствование поведения, улучшение внешнего вида и т.п. Задача, однако, не в том, чтобы стать лучшим (как в случае нарциссического самовозвеличения), а в том, чтобы заслужить одобрение и похвалу. Такие люди с трудом осознают собственные потребности и желания, так как на первом плане у них всегда мнение окружающих и жажда признания во всех его видах.

Тема 6. Работа с тревогой, страхом, фобиями, паникой.

Понятие страха и тревоги в бихевиорально-когнитивной терапии. Причины возникновения тревоги, страха, паники, фобии. Базовые принципы работы с тревогой, страхом, фобией. Социальная фобия и социальная тревожность. Диагностика социальной фобии. Когнитивная концептуализация социальной тревожности. Когнитивные методы работы с социальной тревожностью. Поведенческие эксперименты. Концепция уверенного, неуверенного и агрессивного поведения. Тренинг уверенного поведения. Когнитивные теории паники: Кларк, Марграф. Теория гипервентиляции. Диагностическая оценка: поддерживающий цикл, охранительное поведение, модификаторы.

Когнитивная концептуализация панического расстройства – основные убеждения, условные правила и автоматические мысли. Объяснение когнитивной модели пациенту. Когнитивные техники и поведенческие эксперименты при работе с паникой. Метакогнитивные техники – работа с «мыслями о мыслях»

В 60-е годы начинает зарождаться когнитивно-бихевиоральная психотерапия тревожных расстройств. Тревога рассматривается в когнитивной модели с эволюционистских позиций – как защитная реакция, способствующая биологическому выживанию. Отличие патологической тревоги заключается в том, что она не только не служит этой цели, но, наоборот, способствует дезадаптации. В когнитивно-бихевиоральной психотерапии пока нет детальной концепции генеза патологических тревожных реакций и состояний, тем не менее в ней подчеркивается роль различных факторов – когнитивных, нейрохимических, аффективных, поведенческих, т.е. это интегративная модель. Когнитивно-бихевиоральная модель подчеркивает наличие predispositions к тревожным расстройствам (как биологической, так и психосоциальной).

Остановимся на тех данных, которые освещают источники повышенной тревожности или, выражаясь в терминах когнитивно-бихевиорального подхода, онтогенез схемы опасности.

Как было сказано выше, попытки развести нормальную и патологическую тревогу предпринимались еще Фрейдом. Создатель когнитивной терапии А. Бек особенно детально разрабатывает представления о когнитивных механизмах тревожных расстройств. Он указывает на антиципирующий характер патологической тревоги, которая начинает свою деятельность по предвосхищению опасности не в связи с угрожающей ситуацией, а уже в связи с возможностью ее наступления. Главное же – тревога, как мобилизация организма против возможной или имеющей место опасности, при тревожных расстройствах возникает там, где этой реальной опасности нет или же она очень сильно преувеличена в воображении больного. Зачастую больной и сам осознает иррациональность своей тревоги, тем не менее он не в силах контролировать ее. Это говорит о том, что происходит включение каких-то глубинных и плохо осознаваемых схем опасности, которые соответствуют наиболее глубинному, автоматическому и фактически не контролируемому сознанием уровню процесса переработки информации. В терминологии Бека это так называемый уровень «автоматических мыслей» (в терминологии поведенческого подхода происходит рефлекторное включение схем опасности). Включение схемы опасности организует весь процесс переработки информации, значительно искажая как внешнюю ситуацию, так и внутренний опыт (например, больному социальной фобией все люди кажутся враждебными, а больным паническими атаками малейшие неприятные ощущения в сердце могут интерпретироваться как начало сердечного приступа).

Таким образом, внешняя информация перерабатывается со значительными искажениями. Вот эти-то когнитивные искажения и рассматриваются как основной механизм усиления патологической тревоги.

Мы уже писали о двухкомпонентной схеме Бека, включающей структурный и процессуальный когнитивные компоненты. Структурный компонент представляет собой сложившиеся в прошлом опыте устойчивые когнитивные схемы, которые могут объединяться в более сложные образования – констелляции. Каждая схема включает в себя определенные правила, убеждения и верования, которые, например, позволяют категоризировать объект или ситуацию как опасную. Если схема дисфункциональна, происходит сильное искажение в переработке информации, и вся информация, не соответствующая подтверждению схемы опасности, блокируется.

Согласно мнению А. Бека и его коллеги по изучению тревоги Г. Эмери, «симптомы тревожных расстройств представляют собой неадекватную автоматическую реакцию, базирующуюся на значительной переоценке степени опасности и недооценке собственной способности справиться с ней». Это центральная характеристика схемы опасности в когнитивно-бихевиоральной терапии – «Я слаб, мир опасен».

Включение схемы опасности запускает определенные когнитивные процессы. Правила, по которым работает эта схема, не позволяют адекватно перерабатывать информацию, с учетом всей совокупности обстоятельств и фактов, они скорее основаны на прошлом негативном опыте, чем на актуальной ситуации. Это правила, которые способствуют таким искажениям реальности, как ге-

нерализация симптомов, т. е. расширение набора стимулов, воспринимаемые как опасные. При этом задействованы такие механизмы, как катастрофизация (максимизация опасности), возможная благодаря селективному абстрагированию (игнорированию одних стимулов и избирательному выбору других) и персонализации (отнесение нейтральных событий к себе и трактовка их в духе подтверждения собственной уязвимости и враждебности окружения).

Другой известный представитель когнитивно-бихевиоральной психотерапии – А. Эллис выделяет два эмоционально-поведенческих стереотипа при тревожных расстройствах: страх-дискомфорт и «Я-страх».

Страх-дискомфорт он определяет, как эмоциональное напряжение, которое возникает, так как человек считает, что:

1) привычные удобства его жизни в опасности;

2) или он не сможет получить того, чего хочет;

3) наконец, это ужасно, это катастрофа, если он не получит того, чего хочет, на что рассчитывал. По Эллису, агорофобические пациенты сперва выдвигают следующие абсолютистские требования к себе: «Я ни в коем случае не должен переживать или ощущать дискомфорт, когда я езжу на транспорте или хожу в магазин, и это ужасно, если я все же его переживаю». Эти больные начинают избегать ситуаций, в которых они чувствуют себя дискомфортно, ссылаясь на страх перед этими ситуациями. В результате они боятся почувствовать страх как следствие дискомфорта и развивают страх страха, навязчиво ожидая, что в соответствующей ситуации им придется переживать крайне неприятное состояние. В основе процесса страха, по Эллису, лежит неосознаваемая установка избегать все неприятности и неприятные ощущения в жизни.

Часто вместе со страхом-дискомфортом возникает «Я-страх». Эллис определил «Я-страх» как эмоциональное напряжение, которое возникает при мысли об угрозе самооценке. В основе этого страха лежит опять же неосознаваемая установка, что не добиться блестящих результатов ужасно, что невыносимо быть недостаточно высоко оцененным другими людьми. Так, агорофобические больные требуют от себя раскованного, свободного от страха поведения и чувствуют себя абсолютно ничтожными, если они не следуют этим требованиям.

В настоящее время когнитивно-бихевиоральная модель тревожных расстройств признается большинством авторов как наиболее влиятельная и эмпирически обоснованная, а эффективность когнитивно-бихевиоральной психотерапии при тревожных расстройствах подтверждена большим количеством исследований. Таким образом, когнитивно-бихевиоральная психотерапия является методом первого выбора при лечении тревожных расстройств.

Тема опасности, собственной уязвимости и неспособности справиться с угрозой конкретизируется при каждом варианте расстройства. Так, генерализованную тревогу «запускают» схемы со следующим когнитивным содержанием:

1) постоянным предвосхищением отрицательных событий в будущем («антиципирование» несчастий);

2) представлением о необходимости соответствовать высоким стандартам качества и количества выполняемой работы и убежденностью в собственной некомпетентности в ежедневных делах, которая сохраняется даже перед лицом очевидной компетентности. Специальные техники часто выявляют у таких больных автоматические мысли типа «Я не справлюсь с этим»;

3) опасением потерять тех, кто помогает в выполнении этой массы «необходимых» дел;

4) представлением о собственной неспособности ладить с окружающими и страхе быть осмеянным или отвергнутым в результате некомпетентности.

Основное когнитивное содержание агорафобии с паническими расстройствами связано с темой возможной физиологической или психологической катастрофы (смерти или сумасшествия). Предполагаемый сценарий этой катастрофы таков – внезапный приступ острого недомогания (сердечная болезнь, обморок и т.д.) происходит в ситуации, где нет доступа к так называемым «сигналам безопасности» – выходу, госпиталю, доктору, другу, медакаментам, и пациент остается без помощи во враждебном или равнодушном человеческом окружении. По данным Бека и Эмери, вероятность панической атаки возрастает при повышенной сензитивности к внутренним ощущение-

ниям и склонности к катастрофическим интерпретациям этих ощущений, которые вызывают и усиливают друг друга по механизму «порочного круга».

В онтогенезе хемы «опасности» могут участвовать следующие онфакторы:

- 1) смерть значимого другого – событие, предшествующее манифестации агорафобии с паническими атаками и значительно редуцирующее чувство безопасности и контролируемости событий;
- 2) опыт ранней сепарации и, соответственно, переживания сепарационной тревоги в детстве;
- 3) опыт «небезопасной» привязанности в раннем детстве. У 43% больных агорафобией с паническими расстройствами были тревожные или отвергающие матери, не способные создать чувство безопасности.

По статистике социофобия занимает третье место по распространённости среди психических расстройств после депрессии и алкоголизма. Проведённые в Америке эпидемиологические исследования указывают на то, что порядка 7-13% населения страдает от симптомов социальной тревожности той или иной степени выраженности. При этом страдающие от социальной тревожности люди редко обращаются за профессиональной поддержкой и ещё реже получают эффективную поддержку. Как среди обычных людей, так и среди профессионалов симптомы социофобии часто получают моральную оценку и осуждение как проявление чрезмерной застенчивости, нерешительности, неуверенности в себе, которые можно и нужно преодолевать волевыми усилиями. Однако неудачные попытки «преодолеть» свою тревогу лишь акцентируют неуверенность в себе, депрессию, социальную тревожность и тенденции к избеганию и самоизоляции.

Симптомы социофобии

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM-5) относит социофобию к классу тревожных расстройств и определяет через наличие следующих симптомов.

А. Устойчивый страх оказаться в ситуации социального взаимодействия с незнакомыми людьми, совершить смущающий или стыдный поступок, проявить признаки своего страха или смущения и подвергнуться неодобрению или критике со стороны других людей.

Б. Столкновение с ситуацией, воспринимаемой как опасная, провоцирует тревогу, которая может принять форму ситуативно обусловленной или ситуативно предрасположенной панической атаки.

В. Человек осознаёт, что его страх иррационален и чрезмерен.

Г. Опасные ситуации избегаются или выносятся с чрезвычайным трудом, сопровождаясь тревогой и стрессом.

Д. Избегание, тревожное ожидание или стресс в социальных ситуациях, воспринимаемых как опасные, существенно препятствуют реализации повседневной активности, профессиональной или академической занятости, социальной деятельности и отношениям, или сопровождаются связанным с фобией стрессом.

Е. Описанные симптомы наблюдаются в течении более чем шести месяцев, не являются побочным эффектом употребления наркотических или медицинских препаратов, а также не могут быть объяснены наличием других заболеваний или психических расстройств.

Как видно, в основе практически всех симптомов социофобии лежит страх опозориться перед другими людьми, обнаружить свои недостатки, слабые или постыдные стороны, встретить неодобрение или осуждение окружающих.

Выраженность социальной тревожности

Социальная тревожность может быть разной степени выраженности. Частичная социофобия может проявляться только в страхе выступлений перед публикой или авторитетными лицами. Генерализованная социофобия распространяется на все ситуации социального взаимодействия. Собеседование при приёме на работу или поступлении в учебное заведение, просьба о помощи у прохожего или у продавщицы в магазине, получение информации или договорённость о встрече по телефону и многие другие ситуации для страдающих социальной тревожностью людей становятся практически невыполнимой задачей.

Приступ тревоги может сопровождаться соматическими симптомами: учащённым сердцебиением, потоотделением, покраснением или наоборот бледностью кожи, сухостью во рту, изменениями в голосе, дрожью в руках и во всём теле, мышечными зажимами, в частности, напряжением мышц лица и шеи и т.д.

Защита от социальной тревожности. Большинство страдающих социофобией людей прекрасно осознают иррациональный характер своих страхов, но осознание проблемы далеко не всегда приводит к её разрешению, ведь знать что-то и чувствовать что-то – это состояния совершенно разного порядка. Различного рода рационализации и убеждения совершенно не помогают справиться с социальной тревожностью, поэтому самым распространённым защитным механизмом становится избегание любых ситуаций, способных спровоцировать тревогу, что, однако, не решает проблему, но лишь делает её менее очевидной.

В современных условиях избегание социального взаимодействия как способа защиты от социальной тревожности может использоваться сколь угодно долгое время – человек может вообще не вступать в контакты с внешним миром и не выходить на улицу, заказывая доставку товаров на дом и зарабатывая деньги через интернет. В Японии масштабы национальной эпидемии приобрёл так называемый синдром тайдзинкёфусё – специфическая форма социофобии, в основе которой лежит страх своим внешним видом, физическими недостатками или особенностями поведения обидеть, оскорбить, причинить неудобство другим людям и полная социальная самоизоляция как защита от этого страха.

Людей, стремящихся к такой экстремальной форме самоизоляции, в Японии называют хикикомори – полностью отгородившиеся от общества, практически не выходящие из дома, зачастую не работающие и не получающие никакого образования, живущие на попечении у своих родителей. Средний возраст хикикомори около 30 лет, но согласно исследованиям психологов, первое поколение хикикомори движется к 40-летнему возрасту, у многих из них более 20 лет затворничества за спиной, и они практически полностью не способны к жизни в социуме.

Факторы развития социальной тревожности. Очень условно можно выделить индивидуальные, семейно– и культурно-обусловленные факторы развития социальной тревожности, которые чаще всего встречаются в комплексе и акцентируют друг друга.

Индивидуально-психологическим фактором социофобии может быть развившееся после переживания травматического события посттравматическое стрессовое расстройство. Особенно если травма ассоциируется с каким-либо социальным взаимодействием, например, если на глазах у других людей произошла очень унижительная для личности ситуация, тогда социофобия будет выступать в качестве защиты от возможности повторения травматического переживания. Если человек имеет предрасположенность к расстройствам шизоидного и аутистического спектра, то он с большей вероятностью будет реагировать избеганием и самоизоляцией в стрессовых ситуациях, что также является фактором развития социофобии.

Семейные факторы социофобии связаны со стилем родительского воспитания, семейными способами совладания со стрессовыми ситуациями, качествами поддержки в семье, степенью взаимозависимости членов семьи и т.д. Так, если родители имеют низкую толерантность к внешней агрессии и фрустрациям и склонны реагировать на стресс избеганием, то они с высокой долей вероятности будут поддерживать такой же тип совладания со стрессом у своих детей. Гиперопекающий или эмоционально дистантный стили воспитания также не способствуют формированию стрессоустойчивости и адекватной самооценки. Наконец, если самоощущение родителей, особенно матери, сильно зависит от ребёнка как поддерживающего объекта, то родители не будут способствовать сепарации ребёнка, а напротив, будут неосознанно подкреплять его инфантильные и антисоциальные тенденции.

Социокультурные факторы социальной тревожности связаны с наличием в социуме чрезвычайно высоких стандартов и идеалов, которые многим молодым людям кажутся заранее недостижимыми и недоступными, что заставляет их капитулировать при любом, даже самом незначительном промахе. Вообще, чем больше семейная или национальная культура строится на чувстве стыда, тем выше вероятность развития социальной тревожности и страха не оправдать ожидания окружающих. Тот же синдром тайдзинкёфусё неслучайно возник именно в Японии, культура ко-

торой предполагает высокий контроль над своим социальным поведением и строгую иерархическую систему отношений.

Экономические факторы также играют роль в распространении социальной тревожности, ведь общество является главным источником ресурсов, и должны существовать особые условия для того, чтобы иметь возможность изолироваться от этого источника. Большинство людей с социальной тревожностью живут на государственное пособие или попечении родителей, таким образом, их тревога перед социумом достаточно велика, чтобы уйти в изоляцию, а угроза жизни или здоровью недостаточно сильны, чтобы стимулировать их к социальной активности. Именно поэтому страдающих социофобией людей часто обвиняют в паразитизме и получении вторичной выгоды от своего заболевания.

Психологические подходы к возникновению и поддержанию панического расстройства

Было предложено достаточно много психологических моделей для объяснения панического расстройства. Кларк уже в 1986 году подчеркивал роль катастрофальных оценок физических ощущений при панических атаках. Согласно этой модели, панический приступ возникает из-за того, что интернальные или экстернальные раздражители – на основе не описываемых в этой модели детерминант – воспринимаются прежде всего, как угрожающие. На это угрожающее восприятие индивид реагирует страхом и физическими изменениями, которые сами, в конце концов, оцениваются как опасные и угрожающие жизни. Интерпретация физических ощущений как признаков физической катастрофы производит, со своей стороны, другие физические симптомы, которые вновь оцениваются как указание на физическую угрозу, и т. д. Если этот процесс будет все дальше нарастать, произойдет паническая атака. Согласно сложной объяснительной модели Барлоу, паническое расстройство начинает развиваться после возникновения ложного сигнала тревоги на стресс. При этом ложный сигнал тревоги – в противоположность филогенетическим осмысленным сигналам тревоги – содержит элементы дисфункциональной реакции избегания.

В результате ассоциации этого ложного сигнала тревоги с интернальными раздражителями, в дальнейшем интернальные раздражители сами могут вызвать уже заученную реакцию тревоги или паники. По Барлоу, клиническое паническое расстройство развивается в том случае, если у индивида возникают тревожные ожидания новых панических реакций. Этими тревожными ожиданиями объясняются вигильность и чувствительность по отношению к интернальным раздражителям, что понижает порог для дальнейших сигналов тревоги или паники.

Особенно хорошо обоснована психофизиологическая модель Элерса и Марграффа, тоже подчеркивающая роль интернальных раздражителей для возникновения панической атаки (рис.1).



Рис. 1 - Психофизиологическая модель панического расстройства по Элерсу и Марграффу (1989) УрсБауманн, Майнрад Пере Клиническая психология, 1998

Являясь следствием различных возможных пусковых факторов (возбуждения, кофеина, жара), приступ паники обычно начинается с физиологических (например, сердцебиение, головокружение) или психических (например, быстрая скачка мыслей, затрудненная концентрация внима-

ния) изменений. Если индивид воспринимает эти изменения и ассоциирует их с непосредственной чрезмерной опасностью и угрозой, то он реагирует на это тревогой, которая, в свою очередь, вызывает другие физические и когнитивные изменения. И если эта эскалация симптомов вновь воспринимается пациентом и связывается с опасностью, то это приводит к росту тревоги. Эта обратная связь между изменениями, восприятием, ассоциацией с опасностью и тревожной реакцией может возникать многократно и в результате привести к процессу нарастания. Такая обратная связь, в конце концов, и приводит к панической атаке. Элерс и Марграф назвали этот процесс «психофизиологическим замкнутым кругом»; на рис.1 представлена внутренняя часть этой модели. Они считают, что необходимо отделять внутренние раздражители от их восприятия, поскольку прямого соответствия между ними не существует. Так, индивид, находясь в состоянии покоя, например, лежа в постели, может чувствовать ускоренное сердцебиение только потому, что в этом положении тела удары сердца воспринимаются отчетливее. В этом случае позитивная обратная связь начнется не при изменении сердцебиения, а при его восприятии. Такое восприятие может ассоциироваться с опасностью, причем при ассоциативных связях задействованы процессы интроцептивнообусловливания и сознательной интерпретации.

Согласно психофизиологической модели, панические атаки могут прекратиться (уменьшение тревоги) в двух случаях: благодаря осознанию возможностей их преодоления и благодаря автоматически включающимся процессам негативной обратной связи. Как пример процесса негативной обратной связи, можно назвать габитуацию, утомление или респираторные рефлекс при гипервентиляции. Кратковременными, уменьшающими тревогу возможностями преодоления можно назвать, например, избегающее поведение и поведение, связанное с поиском помощи. Другие способы поведения, которые могли бы привести к уменьшению тревоги, – это изменение дыхания, отвлечение от внешних раздражителей или реатрибуция физических ощущений. Если попытка преодоления не удалась, то это может привести к повторному росту тревоги.

Модифицирующее влияние на эти процессы обратной связи может оказать большое число факторов. На рис.1 эти факторы приведены вне центральной части модели. Так, на процессах обратной связи, приводящих к росту тревоги, кратковременно могут отражаться актуальные психические и физические состояния (например, общий уровень тревоги, острое аффективное состояние, физическое истощение, гормональные колебания), а также актуальные ситуативные факторы (например, переживание тревоги при физической активности, чрезмерное потребление никотина или кофеина, наркотиков и некоторых лекарственных препаратов). Долговременное воздействие могут оказывать ситуативные факторы (например, длительные тяжелые жизненные ситуации) и индивидуальные диспозиции человека. В качестве индивидуальных диспозиций Элерс и Марграф называют обостренное внимание к опасным раздражителям, хорошую способность воспринимать физические ощущения и приобретенные в результате научения тенденции истолкования симптомов. Обеспокоенность тем, что паническая атака может повториться, также может привести к повышенному уровню тревоги и возбуждения.

Марграф и Шнейдер установили, что панические атаки зачастую начинаются с восприятия определенных физических ощущений и пациенты с паническим расстройством склонны к тому, чтобы ассоциировать эти ощущения с опасностью. Далее ими было показано, что пациенты с паническим расстройством по сравнению со здоровыми лицами из контрольной группы или лицами с другими тревожными расстройствами считают более вероятным, что физиологические реакции могут причинить им большой вред. Также было подтверждено, что пациенты с паническим расстройством демонстрируют избирательное внимание к раздражителям, которые могут указывать на физическую опасность. Также существование позитивной обратной связи между воспринятыми физическими симптомами и тревожными реакциями было доказано с помощью неправильной обратной связи частоты сердцебиений. К сожалению, эта модель не может ответить на один существенный вопрос, а именно почему вообще возникает самая первая паническая атака.

Представление о том, как может происходить психологическая передача панического расстройства, дают исследования Элерса и Шнейдера. Полученные ими данные указывают на большое значение для возникновения панического расстройства специфического опыта, полученного пациентами в детском и подростковом возрасте. Важным средовым фактором для возникновения

панического расстройства может быть реагирование родителей на релевантные для паники симптомы. С точки зрения современной науки, большое значение для передачи имеет научение по моделям.

Другой важной теорией, получившей широкий отклик в научных кругах, является теория гипервентиляции Рональда Лея. Эта теория предполагает, что причиной возникновения панического расстройства является гипервентиляция. Правда, основные гипотезы не получили эмпирического подтверждения. Ни хроническая, ни актуальная гипервентиляция не проявляется при панических атаках регулярно. Напротив, было замечено, что более существенную роль играют когнитивные факторы. Так, при гипервентиляции с помощью соответствующих инструкций могут быть вызваны или устранены субъективные и физиологические тревожные реакции. Маграф и Шнейдер указывают на то, что на сегодняшний день гипервентиляция обладает значимостью не столько как этиологическая теория, сколько как терапевтический подход. Гипервентиляция может использоваться для провокации у лиц с паническими расстройствами пугающих физических симптомов, с целью их переработки путем реатрибуции.

Думать о тревогах – непростое дело, потому что сами тревоги – это тоже мысли. А когда мы думаем о мыслях, да еще пытаемся изменить их, проблема может усугубиться. Из этой главы вы узнаете, с какими трудностями может столкнуться человек, решивший изменить свое мышление, и как преодолеть некоторые из этих трудностей.

Когнитивно-поведенческая психотерапия при повышенной тревожности

С появлением в середине 1980-х годов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) произошел прорыв в лечении пациентов, страдающих повышенной тревожностью. До тех пор врачи мало чем могли им помочь. В те годы впервые в жизни появился метод, предлагавший конкретные практические приемы ослабления хронической тревожности.

Выявление тревожных мыслей

Предположим, что пациенту, который постоянно беспокоится по поводу денег и работы, было предложено выявить свои ключевые тревожные мысли на эту тему. Среди них могли бы обнаружиться, например, такие:

«Меня наверняка уволят».

«Если я потеряю работу, то останусь ни с чем».

«Я слишком стар, чтобы искать новую работу».

«Я больше не смогу обеспечивать себя и свою семью».

«Жена бросит меня, и мне придется жить в машине».

Поскольку считается, что эмоции формируются на основе наших мыслей и представлений касательно той или иной темы, эмоции этого человека формировались бы на основе подобных мыслей независимо от их истинности или ложности. Если бы его мысли о деньгах и трудоустройстве были каким-то образом преувеличены или далеки от реальности, то его эмоциональная реакция во внутреннем мире не соответствовала бы действительным обстоятельствам его внешнего мира.

В рамках КПТ терапевт попросил бы этого пациента оценить свои мысли по беспокоящему его вопросу на предмет их реалистичности и поискать принципиальные ошибки в мышлении. Если бы пациент обнаружил ошибки в своих привычных мыслях о работе и деньгах, то занялся бы их коррекцией, замещая далекие от реальности мысли более приближенными к ней. Если бы его новые и больше похожие на правду мысли о финансовом положении были менее негативными и мрачными, чем прежние, это изменило бы его эмоциональную реакцию в лучшую сторону.

Изменение поведения. Что касается поведенческого аспекта, КПТ предусматривает коррекцию поведенческих реакций, которая в конечном итоге привела бы к снижению тревожности. Пациенту предлагается работать с предметами, местами и видами деятельности, вызывающими у него страх. Таким образом, от боязни змей можно излечиться, если проводить много времени со змеями, а не избегать их; то же самое касается боязни высоты, боязни торговых центров, боязни вождения, полетов и т. д. Для уменьшения общей тревожности также используются практики расслабления и медитации, но на данный момент наиболее эффективным поведенческим методом считается непосредственное взаимодействие с объектом фобии.

Традиционные методы КПТ значительно улучшили жизнь миллионов пациентов, страдавших повышенной тревожностью. Однако их применение сопряжено с некоторыми сложностями.

Во-первых, типичная тревожная мысль обычно выражает неуверенность в наступлении какого-то события и чаще всего начинается со слов «что, если»: «Что, если я потеряю работу?» Подобная тревога не является прогнозом, который можно оценить и определить степень его истинности. Это приглашение к тому, чтобы «представить себе», что случится что-то плохое, и начать беспокоиться. Поскольку большинство гипотетических событий, независимо от степени их вероятности, скорее возможно, чем невозможно, это значительно усложняет применение обычных инструментов когнитивного реструктурирования.

Сколько бы доказательств в пользу маловероятности своего увольнения человек ни нашел, тревожность всегда оставит за собой последнее слово: «Но что, если все-таки...?» Тогда он предпринимает попытки удостовериться, что пугающее его событие никогда не произойдет. Потерпев неудачу, человек начинает беспокоиться еще больше.

Во-вторых, предложение использовать метод когнитивного реструктурирования для исправления ошибок в мышлении может вызвать у пациента ложное убеждение или надежду, что ему удастся присмирить или даже улучшить свои мысли. Он подумает, что коррекцией мыслей можно добиться настолько хорошего результата, что разрушающая его жизнь тревожность полностью исчезнет.

На мой взгляд, подобная надежда скорее вводит в заблуждение, чем помогает. Будучи дипломированным психотерапевтом, я слишком часто видел, как люди стараются исправить свои мысли, избавиться от нереалистичных тревог, каждый день вызывающих у них расстройство и дискомфорт, но в итоге чувствуют себя полными неудачниками из-за неспособности контролировать свои мыслительные процессы.

Многие люди ошибочно сравнивают свой мозг с компьютером. Допустим, какая-то программа работает не так, как вам нужно. Возможно, из-за какой-то строки в программном коде все измерения конвертируются в метрическую систему, и результат получается в килограммах и метрах, а вам нужно в фунтах и ярдах. Вы можете стереть эту строку кода, чтобы результат больше не конвертировался, и измененная программа будет выдавать результат в тех единицах, которые вам нужны, словно с самого начала была так написана. Она не будет «помнить», что когда-то считала килограммы и метры, и не будет сомневаться в выборе относительно системы измерения. Компьютер не обладает сознанием или самосознанием, поэтому не способен думать о том, как выполняется программа, и о том, как она выполнялась до исправления. Он просто выполняет программу так, как она сейчас написана.

Мозг устроен совершенно иначе! Все наши мысли хранятся в памяти. Если в компьютерном коде можно просто стереть строку о метрической системе и переписать ее с американской системой измерения, то мозг не теряет воспоминаний, если только не подвергается физическим повреждениям. Наоборот, он создает новые воспоминания, которые могут стать доминантными по тому или иному вопросу, но старые никуда не исчезают. Они могут реже появляться или не использоваться вовсе, но при соответствующих обстоятельствах всплыть на поверхность сознания.

Кроме того, вы осознаете свои мысли, рождающиеся в коре головного мозга. Это позволяет вам думать о мыслях. Компьютеры, по крайней мере на сегодняшний день (надеюсь, мой текстовый редактор не составляет собственное мнение о моей писанине), не обладают сознанием – они просто выполняют инструкции, не думая о них.

Именно способность размышлять о своих мыслях приводит нас к тревогам и внутренним конфликтам. Наличие мыслей о мыслях затрудняет исправление ошибок в мышлении. Попытка выбросить какую-то мысль из головы неизбежно напомнит вам о той мысли, от которой вы хотите избавиться. Этот феномен обобщен в классической парадоксальной инструкции «Не думай о белом медведе».

Почти одновременно с КПТ возникло еще одно направление в психотерапии – парадоксальная психотерапия. Эта методика не приобрела столь широкой популярности, как КПТ, но, на мой взгляд, является более действенной в лечении повышенной тревожности. Парадоксальная психотерапия использует другой подход к проблеме исправления мыслей. Она придает меньшее значе-

ние мыслям и требует от пациента действий. При этом инструкции к действиям парадоксальны по сути: их сложно полностью выполнить или полностью не выполнить.

Парадокс – это на первый взгляд логичная просьба или инструкция, результат которой противоречит сути задания. Типичные парадоксальные указания: «Будь спонтанным!» и «Внимательно слушай, что я говорю, и не делай того, что я прошу». Подобные инструкции приводят слушателя в замешательство, отчего он не может продолжать совершать привычные действия. Еще пример: «Играй естественно».

Основным инструментом парадоксальной психотерапии является предписание симптома. Он поразительно эффективен в преодолении повышенной тревожности. Приведу пример предписания симптома. Работая с пациентом, пытающимся избавиться от беспокойных мыслей, я могу попросить его во время нашей беседы сознательно думать о том, что его тревожит.

В первый раз человек испытывает две основные реакции. Во-первых, он начинает подозревать меня в сумасшествии, но позже я все объясняю. Во-вторых, ему становится трудно все время думать о своих тревожных мыслях, и он начинает о них забывать, даже несмотря на то, что я просил уделять им больше внимания.

Как это работает? Моя странная просьба сосредоточиться на тревожной мысли вступает в конфликт с внутренним желанием пациента «перестать беспокоиться». И, как выясняется, эти попытки играют ключевую роль в поддержании тревоги! Когда моя неожиданная инструкция прерывает их, беспокойство ослабевает.

Методы парадоксальной психотерапии эффективны в лечении повышенной тревожности, потому что она сама по сути парадоксальна:

1. Попытки сознательно усилить тревогу ослабляют ее.
2. Попытки сознательно ослабить тревогу усиливают ее.

В более широком смысле все вышеупомянутые направления психотерапии, включая КПТ, несут в себе элемент парадокса, поскольку вынуждают пациента в той или иной форме испытывать беспокойство, работать с ним, чтобы со временем ослабить. Поэтому при боязни змей мы предлагаем пациенту побыть рядом со змеей, при боязни полетов – сесть в самолет, при агорафобии – сходить в торговый центр. На мой взгляд, именно побуждение пациента работать с тревогой, а не против нее – самый действенный аспект всех этих психотерапевтических направлений. Именно парадоксальностью тревожности объясняется феномен «Чем больше я стараюсь, тем хуже становится». Именно элемент парадокса в тревожности делает правило противоположностей столь действенным.

Последние 30 лет КПТ является основным методом лечения тревожности. По мере выявления сильных и слабых сторон этого метода начали появляться другие идеи и инструменты для прорабатывания хронических тревог, в том числе терапия принятия и ответственности, метакогнитивная терапия, диалектическая поведенческая терапия, нарративная терапия и прочие.

В основе этих направлений лежит иной взгляд на мысли, нежели в традиционной КПТ. Представители всех направлений психотерапии считают мысль ключевым фактором порождения эмоций, но в позднейших методиках отражается более скептическое отношение к мыслям и особенно к нашей способности их контролировать.

С этой точки зрения наш мозг синтезирует мысли точно так же, как почки синтезируют мочу, а печень – желчь. Это не более чем функция данного органа. А поскольку анализировать свои мысли мы можем только с помощью того органа, который их синтезировал, т. е. мозга, то независимая, объективная оценка невозможна. Именно поэтому люди часто ведут себя так, словно их мысли являются точной моделью внешнего мира. Многие из нас сильно привязаны к своим мыслям, гордятся ими как важным творением и придают им большую ценность, чем чужим. Отсюда возникает следующая проблема, подмеченная чикагским комиком ЭмоФиллипсом: «Раньше я считал мозг самым прекрасным органом своего тела. Потом я понял, кто меня в этом убеждает».

Кроме того, человеку не всегда легко напрямую изменить свою мысль. Очень часто попытки изменить мысли сводятся к попыткам остановить их поток, а данный метод, как я уже говорил, практически никогда не помогает. Основной результат остановки мыслей – это возобновление их потока.

Если вы используете когнитивное реструктурирование, и оно помогает вам ослабить беспокойство без внутренних споров с самим собой, без ответной реакции со стороны тревог, то я рад за вас. Продолжайте работать в том же направлении! Однако если вы заметили, что в стремлении исправить ошибки начинаете оспаривать собственные мысли и что тревожные мысли продолжают возникать, значит, ваше когнитивное реструктурирование, возможно, обретает сходство с остановкой мыслей. В таком случае вам, наверное, не стоит дальше усердствовать с данным методом и нужно попробовать техники, основанные на принятии, о которых я расскажу в главах 8–10.

Тема 7. Бихевиорально-когнитивная психотерапия обсессивно-компульсивного расстройства.

Понятие обсессивно-компульсивного расстройства. Когнитивные модели Салковскиса, Рахмана, метакогнитивная модель, модель О'Коннора. Диагностический этап – тщательный анализ. Разъяснение клиенту когнитивной модели обсессивно-компульсивного расстройства, мотивация, постановка целей. Работа с допущениями и убеждениями, нормализация навязчивых мыслей. Экспозиция и предотвращение ритуалов. Модификация магического мышления. Работа с семьёй клиента, страдающего обсессивно-компульсивным расстройством. Обучение выражению агрессии. Современные модели работы: *inference-based approach*, метакогнитивный тренинг, расщепление ассоциаций.

Обсессивно-компульсивное расстройство – это дисфункция психической деятельности, проявляемая произвольными мыслями навязчивого характера, которые препятствуют нормальной жизнедеятельности, а также различными страхами. Эти мысли порождают тревогу, от которой можно избавиться лишь, выполняя навязчивые и утомительные действия, называемые компульсиями.

Обсессивно-компульсивное расстройство может иметь прогрессирующий или эпизодический характер, а также протекать хронически. Обсессивные думы являют собой идеи или тяготения, которые вновь и вновь в стереотипной форме рождаются в голове человека. Суть этих мыслей почти всегда тягостная, поскольку они либо воспринимаются в качестве бессмысленных идей, либо несут непристойное или агрессивное содержание.

Причины обсессивно-компульсивного расстройства

Первопричины рассматриваемого расстройства редко можно обнаружить на поверхности. Обсессивнокомпульсивное расстройство окр характеризуется компульсиями (ритуальными действиями) и обсессиями (навязчивыми мыслями). Наиболее распространенными произвольными назойливыми мыслями являются:

- опасение заражения (например, вирусами, микробами, от жидкостей, химикатов или экскрементов);
- излишнее беспокойство по поводу симметрии, точности или порядка;
- мысли или образы интимного подтекста.

Обсессивно-компульсивное расстройство, что это такое? Многие задаются этим вопросом. В свое время ученые считали описываемый недуг одной из разновидностей тревожных расстройств, но сегодня медики утверждают, что обсессивно-компульсивное расстройство является специфическим состоянием.

Практически каждый индивид переживал подобные докучливые мысли, но лишь у субъекта, страдающего обсессивно-компульсивным расстройством, уровень тревоги, вызванной назойливыми мыслями, зашкаливает. Поэтому чтобы избежать чересчур сильного чувства тревоги, человеку часто приходится прибегать к некоторым так называемым «охраняющим» действиям – компульсиям. В дословном переводе термин компульсия означает принуждение. Компульсиями называются постоянно повторяющиеся действия, которые человеку приходится выполнять, чтобы избежать тревоги и беспокойства.

При обсессивно-компульсивном расстройстве «охраняющие» действия часто напоминают ритуалы. Они могут быть физического (например, неоднократная проверка газового вентиля) или ментального характера (произнесение определенного словосочетания или фразы в уме, чтобы, например, защитить кого-либо из близких от смерти).

Наиболее распространенным симптомом при обсессивно-компульсивном недуге считается страх заражения бактериями в сочетании с постоянным мытьем рук и уборкой. Боязнь заражения может толкать людей на многие «странные» поступки. Например, люди стараются не касаться дверных ручек, избегают рукопожатий.

Обсессивно-компульсивное расстройство характеризуется прекращением мытья рук не вследствие их чистоты, а из-за ощущения человеком облегчения.

Несмотря на бесчисленное множество проведенных исследований, посвященных теме обсессий и компульсий, по сей день нельзя с уверенностью сказать, что же является основополагающим фактором, порождающим данный синдром. За возникновение навязчивых состояний могут отвечать и физиологические факторы (нарушение в нервных клетках химического баланса), и психологические причины. Ниже представлены основные причины возникновения описываемой дисфункции.

Обсессивно-компульсивное расстройство может передаваться через поколение по наследству, такое мнение бытует в ученом кругу. Проявляться оно может склонностью к развитию навязчивых болезненных состояний.

Изучение проблемы обсессивно-компульсивного расстройства на взрослых близнецах продемонстрировало, что данное расстройство является умеренно наследственным. При этом ни один ген не распознан как порождающий это состояние. Но можно все же выделить два гена, которые играют существенную роль в образовании обсессивно-компульсивного расстройства: SLC1A1 и hSERT.

Задача гена SLC1A1 заключается в транспортировке нейромедиатора – глутамата, отвечающего за классическое проведение импульсов в нейронах.

Ген hSERT отвечает за сбор в нервных волокнах «отработанного» серотонина, также необходимого для проведения импульсов в нейронах. Ряд исследований подтвердили, что мутации в этих генах имеют связь с обсессивно-компульсивной дисфункцией.

Обсессивно-компульсивное расстройство личности может наступать вследствие аутоиммунной реакции. Нередко данное заболевание возникает после перенесения детьми стрептококковой инфекции, вызывающей дисфункцию и воспаление базальных ганглий. Такие случаи объединяют в состояние, именуемое термином PANDAS.

Ряд исследований показал, что эпизодическое появление описываемого нарушения следует объяснять не перенесенной стрептококковой инфекцией, а антибиотиками, назначаемыми для лечения инфекций.

Кроме того, существует мнение, что обсессивно-компульсивное расстройство личности возникает вследствие иммунологической реакции на другую патогенную флору.

Методы визуализации мозга позволили ученым изучить активность специфических его областей. Исследования доказали, что активность отдельных участков мозга у индивидов, страдающих описываемым недугом, характеризуется необычностью. Вовлеченными в клиническую симптоматику обсессивно-компульсивной дисфункции являются: передняя поясная извилина, орбитофронтальная кора, полосатое тело, хвостатое ядро, таламус, базальные ганглии.

Цепочка из вышеперечисленных зон регулирует примитивные поведенческие реакции, такие как агрессивность, сексуальность и телесные проявления. Активация этой цепи включает соответствующее поведенческое реагирование. Например, после контакта с якобы «загрязненным» предметом обязательное тщательное мытье рук. В норме желание очистить руки после проведенной процедуры мытья должно пройти и человек может спокойно перейти к другому действию. У больных данной патологией мозг не в состоянии выключить и игнорировать послы цепи, что вызывает коммуникативные нарушения в этих зонах мозга.

Доподлинно природа этого явления не ясна, но существует мнение, что она имеет взаимосвязь с биохимическим нарушением в мозге, о котором писалось выше (понижение активности глутамата и серотонина).

Ниже описывается обсессивнокомпульсивное расстройство окр с точки зрения поведенческого подхода психологии. Бихевиоральное направление психологии базируется на одном из фун-

даментальных законов, который гласит, что повторение той или иной поведенческой реакции облегчает воспроизведение этого действия в дальнейшем.

Когнитивная модель.

Сторонники когнитивной модели предполагают, что зачастую причиной психологических проблем являются дисфункциональные способы мышления. Если учесть то, что основной характеристикой генерализованного тревожного расстройства является излишнее беспокойство, не удивительно, что когнитивисты могут привести множество клинических случаев и многое сказать о методах лечения этого расстройства.

Когнитивная теория образования тревожных расстройств

Некоторые известные когнитивисты предполагают, что генерализованное тревожное расстройство вызывается *неадекватными посылками*. Альберт Эллис, например, считает, что некоторые люди имеют большей частью иррациональные убеждения, которые заставляют их неуместно действовать, нецелесообразно реагировать на чьи-либо действия (Ellis, 1997, 1977, 1962). Эллис называет эти убеждения *базовыми иррациональными убеждениями* и утверждает, что люди с генерализованным тревожным расстройством часто обладают следующими из них:

«Для взрослого человека совершенно необходимо иметь любовь или одобрение практически каждого значительного человека в его окружении».

«Это ужасно и катастрофично, когда что-то идет не так, как очень бы хотелось».

«Если есть что-то опасное или страшное (или может стать таковым), человек должен быть очень этим обеспокоен и обязан концентрировать внимание на возможности его появления».

«Если человек хочет считать себя стоящим, он должен быть абсолютно компетентным, адекватным и успешным во всех отношениях».

Когда люди с подобными базовыми установками сталкиваются со стрессовым событием, таким как экзамен или встреча с незнакомым человеком, они склонны считать его опасным и угрожающим, принимать близко к сердцу и чувствовать страх. Когда влияние этих посылок распространяется на все большее количество событий в жизни, у человека может развиться генерализованное тревожное расстройство.

«Людей беспокоят не события сами по себе, а человеческие представления о них». – Эпиктет

Подобным образом и Аарон Бек считает, что люди с генерализованным тревожным расстройством постоянно основываются на нереальных неосознаваемых послылках, которые предполагают постоянное нахождение этих людей в непосредственной опасности:

«Любая странная ситуация должна считаться опасной».

«Ситуация или человек являются опасными, пока не доказано обратное».

«Лучше всегда предполагать худшее».

«Моя сохранность и безопасность зависят от моего предвидения и моей ежеминутной готовности к любой возможной опасности».

Исследователи доказали, что многие люди с генерализованным тревожным расстройством действительно имеют неадекватные убеждения, как утверждают Эллис и Бек. Тридцать два участника одного исследования, страдающие этим расстройством, имели непомерно раздутые представления о возможных угрожающих событиях и их последствиях. У каждого из них были расстраивающие психику послылки и взгляды, касающиеся таких опасных областей, как телесное повреждение, болезнь или смерть; умственное расстройство, повреждение психики или потеря контроля; неспособность с чем-то справиться и неприятие со стороны других. Подобные исследования также обнаружили, что люди с симптомами генерализованного тревожного расстройства уделяют большую часть своего внимания беспокоящим сигналам.

Практически каждого человека хотя бы однажды одолевали неприятные тревожные мысли, которые завладевали помыслами на непродолжительное время. Однако такие переживания не мешали выполнять повседневные обязательства и не вынуждали кардинальным образом корректировать свое поведение. В отличие от таких непродолжительных и не выбивающих из колеи ощущений, навязчивые мысли, именуемые в медицине *обсессии*, «осаждают» головной мозг произвольно, надолго и вопреки волевым усилиям человека.

Особенность

Навязчивые мысли схожи с вредной привычкой: человек понимает их нелогичность, однако избавиться от таких переживаний самостоятельно – очень трудно. При возникновении пугающих и тревожных идей человек сохраняет ясное сознание, и его когнитивные функции не страдают. У него присутствует критика к своему болезненному состоянию, и он понимает иррациональность своей «одержимости». Нередко навязчивые мысли очень страшат своей непристойностью, которая в действительности нехарактерна и чужда человеку.

Навязчивые мысли могут соседствовать с **компульсивными действиями** – навязчивым стереотипом поведения, к которому прибегает человек с целью предупредить или устранить поглотившие сознание мучительные идеи. В таком случае можно предполагать о развитии *обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР)* – психической аномалии хронического, прогрессирующего или эпизодического характера.

Навязчивые мысли могут сопровождаться высоким уровнем патологической тревоги или идти вкупе с симптомами депрессии: угнетенным настроением, апатией, идеями собственной ничтожности и вины.

Как правило, человек избирает один из способов борьбы с навязчивыми мыслями: активный или пассивный. В первом случае личность будет умышленно поступать наперекор своей одолевающей идее. Например: если его будет преследовать мысль о том, что он обязательно погибнет под колесами автомобиля, он сознательно будет разгуливать по обочине шоссе. Во втором, более распространенном варианте, он выбирает поведение избегания: старается предупредить и избежать страшных для него ситуаций. Например, если человек убежден, что нанесет рану окружающим острым предметом, он никогда не возьмет в руки нож и будет стараться не хранить в поле видимости режущие предметы.

Людей, которых преследуют навязчивые мысли можно условно отнести к следующим категориям:

«**Еноты-полоскуны**». Страх заражения и загрязнения формирует у больных потребность непрекращающихся гигиенических процедур, стирки белья и вещей, уборки и дезинфекции квартиры.

«**Перестраховщики**». Предвкушение неминуемой опасности вынуждает людей постоянно перепроверять: выключены ли электроприборы, закрыта вода и газ, заперта дверь.

«**Богохульствующие безбожники**». Таким лицам свойственно стремление делать все безукоризненно, ведь ими руководят соображения о том, что они ненароком согрешат.

«**Педанты**». Их преследуют навязчивые мысли о необходимости соблюдения идеального порядка, определенной последовательности в расположении вещей, их строгой симметрии.

«**Хранители**». Такие лица убеждены в важности хранения любых предметов, напоминающих о прошлом, которые в настоящем абсолютно непригодны или не нужны. Для них идея накопления – своеобразный ритуал, страховка от «неизбежной» катастрофы, которая наступит в случае выбрасывания таких вещей.

Когнитивно-поведенческая методика подразумевает итеративное воздействие на источник нелогичных и нецелесообразных убеждений человека, составляющих суть навязчивых мыслей. Во время сеансов пациента постепенно ограничивают, доводя до полного запрета, в использовании вынужденного компульсивного поведения – привычных защитных действий, ослабляющих тревогу.

Когнитивно-бихевиоральный подход позволяет полностью «перепрограммировать» головной мозг благодаря осознанной целенаправленной фокусировке на катастрофических переживаниях. Параллельно с этим личность достигает ослабления гипертрофированного чувства ответственности, обучаясь способам функционального здорового реагирования на возникающие навязчивые мысли.

Сеансы групповой психотерапии – полезное мероприятие при обсессивном расстройстве. Взаимодействие с людьми, которые имеют схожие проблемы, позволяет человеку разубедиться в своей «ненормальности», обрести уверенность в успехе лечения, стать более активным участником терапевтических процедур и быстрее избавиться от навязчивых мыслей.

Агрессия (от лат. *aggressio* – нападение) – эмоционально окрашенное разрушительное поведение человека. Агрессия может быть направлена как на окружающих, так и на себя. В последнем случае речь идет о суициде. Агрессия бывает прямая (злость на окружающих) и косвенная (сплетни), физическая (проявляется через силу) и вербальная (проявляется через слова), защитная (реакция на гнев другого) и провоцирующая (с целью разжечь конфликт), здоровая (защитная реакция организма) и деструктивная (разрушительная).

В большинстве случаев агрессия возникает как защитная реакция человека в ответ на нарушение его границ. Но если бы было все так просто: «получил удар – дай сдачи», агрессия находила бы выход и не беспокоила человека. Однако в современной социализированной жизни, подчиненной правилам и этическим нормам поведения, агрессия не выражается человеком сиюминутно, получив «удар от внешнего мира» агрессия сдерживается и подавляется культурным человеком, уходит глубоко внутрь, причиняя ему страдание и забирая жизненную энергию. Так же агрессия, если ее не прорабатывать, все равно найдет способ выхода из тела в виде кожных высыпаний, гипертонии, зубной боли, ангины и т.д.

Как же работать с агрессией? Для исследования причин возникновения агрессии следует обратить внимание на феномены нарушения границ в вашей жизни. Нарушением границ может быть не только скандал в общественном транспорте, ссоры с близкими или гнев начальника на работе, но и замаскированные феномены: неосознанное манипулирование вами со стороны близких, мировоззрение близкого человека, заставляющие вас постоянно идти на уступки, неспособность отказать другому и т.д. Зафиксировать и разобрать ключевые моменты такого нарушения границ поможет опытный психолог. Но существует и несколько простых способов, которые помогут вам перенаправить агрессивную энергию самостоятельно.

Агрессия выражается через вашу активность. Это могут быть любые физические упражнения, ритмичные танцы, скоростная езда на велосипеде, частые прыжки и быстрый бег, мытье окон в конце концов. Главное правило одно: чем сильнее ваша нагрузка, тем интенсивней проходит выход агрессивной энергии. Но это еще не все. Многие психологи писали о битье подушек, но такой метод часто заканчивается полным обессиливанием человека. Никаких признаков облегчения или спокойствия обычно здесь не наблюдается. Почему? Потому что, высвободившись от агрессивной энергии, внутри вас остается пустое незаполненное место. Противоположной агрессии является энергия любви. Поэтому, чтобы упражнения по освобождению от агрессии были действенны необходимо заполнить пустое внутренне пространство любовью. Обнимите любимого, скажите, как вы его любите, с любовью позвоните родителям, приласкайте кота, – неважно как вы заполните внутренний мир любовью, главное, чтобы агрессивная энергия переродилась в любовь.

Так же нельзя ни упомянуть про арт-терапию, которая отлично помогает справиться с агрессией внутри вас. Возьмите кусок глины, разомните его в руках, пока он не станет теплым, и со всей силы стукните по нему кулаком, можно при этом прокричать слово «НЕТ». Такой метод очень хорошо подходит для детей. При работе со взрослыми эффективен другой метод. Попробуйте вылепить из глины вашу злость. Какова она? Что излучает? На что похожа? Проговорите ответы на эти вопросы, прочувствуйте, что в данный момент происходит с вашим телом? Далее своими же руками добавьте в тот же кусок глины что-то более привлекательное, измените черты лица, если это человек, добавьте очарование и прелесть в свой продукт творчества. Посмотрите на то, что получилось. Удивительно, что этот прекрасный творец вы, и в ваших руках есть способность менять полюса эмоциям, в ваших силах агрессию трансформировать в любовь.

Существуют и другие способы конструктивного выражения агрессии. Я привела лишь некоторые из них. Главное, что я хотела сказать в своей статье, это то, что очень важно не просто высвободить агрессию во вне через тело или рисунок, важно заполнять образовавшуюся пустоту положительными эмоциями. Агрессия – очень сильная активная энергия, и ее можно и нужно использовать, видоизменив ее в любовь.

Тема 8. Бихевиорально-когнитивная психотерапия депрессии.

Диагностическая оценка депрессии, оценка поддерживающих циклов, концептуализация. Современная биопсихосоциальная модель депрессии. Психообразовательная работа с пациентами.

Когнитивные методы работы с депрессией. Работа с поведенческим компонентом, методы поведенческой активации при тяжелой депрессии. Избегающее поведение, прокрастинация, перфекционизм. Метакогнитивные техники в терапии депрессии – работа с «мыслями о мыслях». Работа с глубинными схемами при депрессии. Эмоциональные схемы. Особенности работы с хронической депрессией. Роль тренинга осознанности в работе с депрессией.

Оценка пациента и диагностика депрессии. Термин «депрессия» объединяет разнородную группу аффективных расстройств, характеризующихся разной восприимчивостью к различным видам лечения. Назначение антидепрессантов показано как для лечения, так и для профилактики некоторых разновидностей депрессии, но как всякое эффективное лечение, фармакотерапия сопряжена с определенным риском. По нашему мнению, некоторые депрессии могут быть вылечены исключительно средствами когнитивной терапии, тогда как другие требуют комбинации фармакотерапии и когнитивной терапии. Таким образом, клиницисту приходится решать, какой тип лечения является оптимальным для пациента.

Прежде чем выбрать конкретный подход, необходимо провести тщательную оценку пациента. Однако первоначальное обследование и диагностика не всегда обеспечивают клинициста необходимой информацией, что вынуждает его действовать методом проб и ошибок. Уже на первых этапах лечения клиницист должен оценить реакцию пациента на лечение. Если реакция признана неудовлетворительной, клиницист должен соответствующим образом скорректировать свой подход (например, переопределить проблемы, повысить дозу назначенного препарата) или избрать иной тип лечения (например, дополнить когнитивную терапию назначением антидепрессантов и наоборот). Необходимость постоянной оценки реакции пациента на лечение становится очевидной, если учесть такую гипотетическую возможность: даже при самой тщательной первичной диагностике терапевт может принять маниакально-депрессивное расстройство за депрессивный невроз и соответственно назначить пациенту только курс когнитивной терапии. (Напомним, что при данном типе биполярной депрессии основными лечебными средствами остаются литий и трициклические антидепрессанты; они применяются как для купирования острой симптоматики, так и в профилактических целях.) Ошибка может обнаружиться, только когда пациент не отреагирует должным образом на когнитивную терапию, и именно отсутствие ожидаемых клинических сдвигов должно побудить клинициста к пересмотру диагноза и выбору иного типа лечения.

Трудно переоценить опасность, связанную с неверной диагностикой депрессивных расстройств. Как показало одно из недавних исследований, из 100 пациентов, лечившихся от невротической депрессии, у 18% через 3-4 года было обнаружено биполярное заболевание. Неправильная диагностика и неадекватное лечение антидепрессантами представляют особую опасность для амбулаторных пациентов. Было обнаружено, что у пациентов, у которых была диагностирована менее тяжелая, «невротическая», депрессия, показатели смертности в анамнезе выше, чем у пациентов с изначально диагностированной тяжелой депрессией.

Чем должен руководствоваться клиницист, решая, отдать ли предпочтение медикаментозной терапии, когнитивной терапии или их комбинации?

Трудность определения депрессии связана с отсутствием четких критериев для диагностики депрессивного синдрома. Так, например, некоторые исследователи считают, что диагноз «шизоаффективная шизофрения» часто ставится пациентам, которые на самом деле страдают маниакально-депрессивным заболеванием. Другую группу потенциальных «депрессий» составляют «маскированные депрессии», когда у больного не отмечается резкого снижения настроения.

Однако даже при отсутствии единого мнения о том, что считать депрессией, признаки и симптомы, наиболее часто встречаемые у так называемых «депрессивных» пациентов, можно условно разделить на аффективные, поведенческие, когнитивные, соматические и мотивационные. Недавно предпринятые попытки уточнения диагностических критериев, несомненно, помогут клиницисту решить, имеется у данного конкретного пациента депрессивный синдром или нет. Для диагностики большого депрессивного расстройства используются такие критерии.

1. Наличие периодов выраженного снижения настроения или утраты интереса к жизни и чувства удовольствия.
2. Наличие пяти или более из следующих признаков:

- 1) заметное снижение или повышение аппетита и веса;
 - 2) избыточный или недостаточный сон;
 - 3) снижение активности, слабость, повышенная утомляемость;
 - 4) психомоторное возбуждение или заторможенность;
 - 5) отсутствие стремления к деятельности;
 - 6) чувство вины;
 - 7) снижение способности к переработке новой информации, невозможность сосредоточиться;
 - 8) суицидальные мысли и тенденции.
3. Продолжительность дисфорических фаз составляет не менее двух недель.
 4. Чувство беспомощности или стойкая утрата трудоспособности.
 5. Отсутствие указаний на другие психические заболевания (например, шизофрению).

Возможно, эти критерии будут включены в официальную номенклатуру Американской психиатрической ассоциации.

Малые депрессивные расстройства диагностируются, когда нарушения не достигают психотического уровня и у пациента отмечается главным образом снижение настроения. Нам представляется важным это разделение депрессии на «большую» и «малую», поскольку клинические наблюдения подсказывают, что первая требует преимущественно медикаментозной терапии, а при второй показана когнитивная терапия либо как единственный метод лечения, либо в сочетании с антидепрессантами. Разумеется, необходимо провести дополнительные исследования для подтверждения этих клинических впечатлений.

Важно помнить, что дескриптивно-диагностический подход при всей своей значимости имеет ряд ограничений. Вопрос о валидности данной системы для всех типов депрессии пока остается спорным. Кроме того, частота и конфигурация симптомов зависят от многих факторов. Возраст, пол, этническая принадлежность, социальное и материальное положение, преморбидные особенности личности, уровень образования и другие факторы влияют и на проявление болезни у конкретного пациента, и на его самочувствие. Например, у пациентов старших возрастных групп обычно преобладают соматические симптомы (расстройства сна, аппетита, нарушения веса, утрата сексуального влечения).

Даже если у пациента наличествуют все признаки депрессивного синдрома, не следует спешить с назначением когнитивной терапии. Напомним, что синдром депрессии объединяет разнородную группу проблем – разнородную и в плане этиологии, и с точки зрения лечебного подхода. Во-первых, надо отметить, что некоторые лекарственные средства способны вызывать депрессию. Известно, например, что депрессогенным эффектом обладают резерпин, альфаметилдопа (препарат, снижающий кровяное давление), пропрандол (сердечный препарат), противозачаточные средства и стероиды. Очевидно, что в этих случаях пациенту нужна не когнитивная терапия, а отмена спровоцировавшего депрессию препарата.

Во-вторых, как свидетельствует ряд исследований, у многих психиатрических пациентов имеются скрытые соматические заболевания, что диктует необходимость проведения тщательного соматического обследования. По данным Кораний, у каждого второго амбулаторного психиатрического пациента обнаруживаются признаки физических заболеваний, половина из которых не были диагностированы на момент обращения пациента к врачу.

С другой стороны, некоторые соматические заболевания сопровождаются различными психическими нарушениями, и в частности депрессией. К таковым относятся дисфункции надпочечников, щитовидной и околощитовидной желез, злокачественная анемия, вирусные инфекции, рак, эпилепсия, авитаминоз, гистерэктомия, ревматоидный артрит. Кроме того, физические заболевания нередко выступают как провоцирующий фактор депрессии. По данным исследований, они занимают пятое место среди наиболее распространенных причин депрессии.

Поскольку лечение соматического недуга обычно приводит к смягчению депрессивной симптоматики, клиницист должен собрать информацию о всех сопутствующих заболеваниях и провести общесоматическое обследование пациента, чтобы выявить возможные физические причины депрессии.

И наконец, за депрессию могут быть ошибочно приняты другие психические расстройства, например, шизоаффективная шизофрения и пограничный синдром. Мы не располагаем данными контролируемых исследований, чтобы уверенно говорить о том, насколько эти синдромы поддаются лечению средствами когнитивной терапии. Однако, основываясь на собственных клинических наблюдениях, мы предполагаем, что для пациентов с серьезными нарушениями восприятия и мышления когнитивная терапия не может быть единственным видом лечения.

Современная наука рассматривает депрессию как заболевание, в происхождение которого вносят вклад разные причины или факторы – биологические, психологические и социальные.

Биология депрессий

К биологическим факторам депрессий относят, прежде всего, специфические нарушения нейрохимических процессов (обмена нейромедиаторов, таких как серотонин, норадреналин, ацетилхолин и др.). Эти нарушения, в свою очередь, могут быть наследственно обусловлены.

Психология депрессий

Научные исследования выявили следующие психологические факторы депрессий:

– особый стиль мышления, т.н. негативное мышление, для которого характерна фиксация на отрицательных сторонах жизни и собственной личности, склонность видеть в негативном свете окружающую жизнь и свое будущее

– специфический стиль общения в семье с повышенным уровнем критики, повышенной конфликтностью

– повышенное число стрессогенных жизненных событий в личной жизни (разлуки, разводы, алкоголизация близких, смерть близких)

– социальная изоляция с малым числом теплых, доверительных контактов, которые могли бы служить источником эмоциональной поддержки

Социальный контекст депрессий

Рост депрессий в современной цивилизации связывают с высоким темпом жизни, повышенным уровнем ее стрессогенности: высокой конкурентностью современного общества, социальной нестабильностью – высоким уровнем миграции, трудными экономическими условиями, неуверенностью в завтрашнем дне. В современном обществе культивируется целый ряд ценностей, обрекающих человека на постоянное недовольство собой – культ физического и личностного совершенства, культ силы, превосходства над другими людьми и личного благополучия. Это заставляет людей тяжело переживать и скрывать свои проблемы и неудачи, лишает их эмоциональной поддержки и обрекает на одиночество.

Современный подход к лечению депрессий предполагает комбинацию различных методов – биологической терапии (медикаментозной и не медикаментозной) и психотерапии.

Назначается пациентам с легкими, умеренными и тяжелыми проявлениями депрессии. Необходимым условием эффективности лечения является сотрудничество с врачом: строгое соблюдение предписанного режима терапии, регулярность визитов к врачу, подробный, откровенный отчет о своем состоянии и жизненных затруднениях.

Правильная терапия позволяет в большинстве случаев полностью избавиться от симптомов депрессии. Депрессия требует лечения у специалистов. Основным классом лекарственных препаратов для лечения депрессий являются антидепрессанты. В настоящее время существуют различные препараты этой группы, из них трициклические антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин) и используются уже с конца 50-х годов. В последние годы число антидепрессантов значительно увеличилось.

Основными преимуществами антидепрессантов новых поколений являются улучшение переносимости, уменьшение побочных действий, снижение токсичности и высокая безопасность при передозировке. Антидепрессанты являются безопасным классом психотропных лекарственных препаратов при правильном их применении согласно рекомендации врача. Доза препарата определяется индивидуально для каждого пациента. Необходимо знать, что терапевтический эффект антидепрессантов может проявляться медленно и постепенно, поэтому важно позитивно настроиться и ждать его появления.

Основные этапы терапии:

1. Определение тактики лечения: выбор антидепрессанта с учетом основных симптомов депрессии у каждого пациента, подбор адекватной дозы препарата и индивидуальной схемы лечения;
2. Проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов депрессии вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, свойственного пациенту уровня активности;
3. Проведение поддерживающего курса терапии в течение 4-6 и более месяцев после общей нормализации состояния. Этот этап направлен на профилактику обострения заболевания;

Помехи мед. лечению:

1. Неправильное представление о природе депрессии и о роли медикаментозного лечения.
2. Распространенное неверное представление о безусловном вреде всех психотропных препаратов: возникновение зависимости от них, отрицательное влияние на состояние внутренних органов. Многие пациенты уверены, что лучше страдать от депрессии, чем принимать антидепрессанты.
3. Многие пациенты прерывают прием при отсутствии быстрого эффекта или же нерегулярно принимают лекарства.

Важно помнить, что проведены многочисленные исследования, подтверждающие высокую эффективность и безопасность современных антидепрессантов. Урон, наносимый депрессией эмоциональному и материальному благополучию человека, по тяжести несопоставим с незначительными и легко устранимыми побочными эффектами, которые иногда возникают при применении антидепрессантов. Следует помнить, что терапевтический эффект антидепрессантов нередко наступает только через 2-4 недели после начала приема.

Психотерапия является не альтернативой, а важным дополнением к медикаментозному лечению депрессий. В отличие от медикаментозного лечения психотерапия предполагает более активную роль пациента в процессе лечения. Психотерапия помогает больным развить навыки эмоциональной саморегуляции и в дальнейшем более эффективно справляться с кризисными ситуациями, не погружаясь в депрессию.

В лечении депрессий как наиболее эффективные и научно обоснованные зарекомендовали себя три подхода: психодинамическая психотерапия, поведенческая психотерапия и когнитивная психотерапия.

Согласно психодинамической терапии, психологической основой депрессии являются внутренние бессознательные конфликты. Например, желание быть независимым и одновременное желание получать в большом объеме поддержку, помощь и заботу от других людей. Другим типичным конфликтом является наличие интенсивного гнева, обиды на окружающих в сочетании с потребностью быть всегда добрым, хорошим и сохранять расположение близких. Источники этих конфликтов лежат в истории жизни пациента, которая становится предметом анализа в психодинамической терапии. В каждом индивидуальном случае может быть свое уникальное содержание конфликтующих переживаний, и поэтому необходима индивидуальная психотерапевтическая работа.

Цель терапии – осознание конфликта и помощь в его конструктивном разрешении: научиться находить баланс независимости и близости, развить способность конструктивно выражать свои чувства и сохранять при этом отношения с людьми. Поведенческая психотерапия направлена на разрешение текущих проблем пациента и снятие поведенческих симптомов: пассивность, отказ от удовольствий, монотонный образ жизни, изоляцию от окружающих, невозможность планирования и вовлечения в целенаправленную активность.

Когнитивная психотерапия представляет собой синтез обоих вышеназванных подходов и соединяет в себе их преимущества. Она сочетает работу с актуальными жизненными трудностями и поведенческими симптомами депрессии и работу с их внутренними психологическими источниками (глубинными представлениями и убеждениями). В качестве основного психологического механизма депрессии в когнитивной психотерапии рассматривается т.н. негативное мышление, которое выражается в склонности депрессивных больных рассматривать все происходящее с ними в негативном свете. Изменение такого способа мышления требует тщательной индивидуальной ра-

боты, которая направлена на развитие более реалистичного и оптимистичного взгляда на себя, на мир и на будущее.

Дополнительными формами психотерапии депрессий являются семейное консультирование и групповая психотерапия (но не любая, а специально направленная на помощь депрессивным пациентам). Их привлечение может оказать существенную помощь в лечении и реабилитации.

Помехи психолог. помощи:

1. Низкая информированность людей о том, что такое психотерапия.
2. Страх посвящения постороннего человека в личные, интимные переживания.
3. Скептическое отношение к тому, что «разговоры» могут дать ощутимый лечебный эффект.
4. Представление о том, что с психологическими трудностями нужно справляться самому, а обращение к другому человеку является признаком слабости.

В современном обществе психотерапия является признанным, эффективным методом помощи при различных психических нарушениях. Так, курс когнитивной психотерапии значительно снижает риск повторения депрессии. Современные методы психотерапии ориентированы на краткосрочную (10-30 сеансов в зависимости от тяжести состояния) эффективную помощь. Вся информация, которую психотерапевт получает на сеансе, строго конфиденциальна, и остается в тайне. Профессиональный психотерапевт специально подготовлен к работе с тяжелыми переживаниями и трудными жизненными ситуациями других людей, он умеет их уважать и оказывать помощь в совладании с ними. У каждого человека в жизни бывают ситуации (например, такие как болезнь), с которыми он не может справиться самостоятельно. Умение обратиться за помощью и принять ее является признаком зрелости и рациональности, а не слабости.

Прокрастинация – это склонность личности откладывать дела любой важности на неустановленное время. Понятие прокрастинация происходит от английского «Procrastination», что переводится, как «откладывание». Человек, которому присуща прокрастинация, отлынивает от решения дел, избегает исполнения обязательств, которые ранее на себя взял и должен был выполнить в установленное время.

Если прокрастинация существенно не отражается на качестве деятельности человека, тогда она причисляется к норме. Если человек ничего совершенно не успевает сделать к сроку, то прокрастинация является его проблемой. Когда человек откладывает значимые дела, нередко оказывается, что срок для их выполнения прошел. Тогда он отказывается от запланированного или пробует сделать всё, что отложил одним рывком, используя для этого нереально мало времени, вследствие чего дела не осуществляются или выполняются, но очень некачественно, не полностью и с опозданием.

Это часто приводит к отрицательному отношению к такому безответственному человеку. Если работник часто прокрастинирует на своем рабочем месте, тогда у него появляются неприятности на работе, проблемы с руководством, коллегами.

Склонность к прокрастинации усиливает беспокойство и тревогу и тогда человек переживает, что не сможет справиться с заданием и не сумеет завершить его к сроку. Согласно статистике, примерно двадцать процентов страдают прокрастинацией. Хотя, если подумать, то почти каждый человек иногда склонен к откладыванию дел. Однако только для этого процента прокрастинация является привычным рабочим состоянием. Человек, вместо того, чтобы прямо выполнять обязанности отвлекается на самые разные мелочи, которые существенно сокращают время, предоставленное для выполнения обязанностей. Например, человек работает за компьютером, и должен выполнять необходимые операции, однако, он заходит в интернет с этого компьютера, поскольку имеет к нему доступ, и уже не наблюдает, как пролетает час, второй, а работа не делается.

Прокрастинация – это что такое

Явление прокрастинации часто соотносят с механизмом преодоления тревоги, что появляется при начинании и завершении дела.

Прокрастинация способна вызвать чувство вины, стресс, недовольство, потерю продуктивности, повлечь финансовый ущерб через невыполнение обязательств. Все эти **эмоции**, перерасход сил, который требуется сначала для выполнения второстепенных заданий и борьбу с возникшей,

нарастающей тревогой, а после для выполнения дела в авральном режиме деятельности, повлекут за собой дальнейшую прокрастинацию.

Прокрастинация проявляется, когда человек, осознавая свою ответственность в необходимости исполнения важных заданий, игнорирует эту самую обязанность, отвлекаясь на разнообразные мелочные развлечения, которые тащат за собой потерю времени.

Стабильная прокрастинация может провоцироваться физиологическим недомоганием или скрытым психологическим недугом. Отдельные люди могут оставаться продуктивными только когда над ними установлены жесткие и точные временные рамки, особенно пик продуктивности приходится на время, когда до окончания срока остается малость. Тогда человек собирает все силы и направляет на выполнение дела и даже в этот напряженный момент может подкрасться прокрастинация, поскольку человек начинает осознавать, что наверно он не успевает, и есть соблазн оставить всё.

Что такое прокрастинация? Прокрастинация является собой эмоциональное состояние, поскольку это выражение реакции относительно планируемых необходимых дел. Зависимо от вида эмоций прокрастинация будет разделяться на два типа. Первый – это «расслабленная прокрастинация», она происходит, когда индивид тратит время на различные приятные занятия или развлечения. Признаки прокрастинации «расслабленного типа»: приподнятое настроение, легкие периодические наплывы тревожности, суетливость, удовлетворенность.

Второй тип – «напряженная» прокрастинация, связана с перегрузкой обязанностями, делами, задачами. Признаки прокрастинации «напряженного типа»: утрата ощущения времени, сбой в понимании своих жизненных целей, неудовлетворённость своими достижениями, неуверенность и нерешительность.

Психолог Н. Милграм выделил следующие виды прокрастинации:

- бытовая – заключается в откладывании обязанностей по дому, которые требуется регулярно выполнять;
- прокрастинация принятия решений при важных и незначительных делах;
- невротическая – выражается в нежелании предпринимать жизненно важные шаги, которые способны качественно повлиять на существующий жизненный устррой;
- компульсивная – сочетание прокрастинации обоих типов: принятия решений с поведенческой;
- академическая – склонность откладывать дела, связанные с учебой.

Каждый человек 100% процентов наблюдал у себя эти виды прокрастинации и если не все, то некоторые точно.

Чтобы лучше понять, что такое прокрастинация, стоит рассмотреть ее признаки:

- первоначально возникает сильное желание сделать что-нибудь глобальное;
- приходит успокоение;
- находится причина, почему это дело следует отложить;
- начало «глобального» дела отодвигается;
- начинается самооправдание, появляется самокритика;
- подходит время, когда дело необходимо заканчивать или бросать;
- процесс заканчивается громкой самокритикой, на нет сходят все старания, прокрастинация завершается состоянием, когда уже все равно, что будет;
- процесс повторяется через незначительное время вновь, с возникновением следующей невероятной идеи.

Прокрастинация не заболевание, ведь ей порой подвержен почти каждый, когда он стремится отложить выполнение неприятного для себя дела. Бывает, что этот процесс даже эффективен, творческим людям он идет на пользу. За некоторое время писатель, например, способен созреть для усовершенствования своего творения, сможет проработать детали.

Причины прокрастинации

Зачастую прокрастинация возникает у личностей, имеющих трудности с собственной организацией дел и времени. Работник не может работать в спокойном режиме, ему мешает что-то или не хватает, он не способен себя заставить так работать. Прокрастинатору кажется, что его работа

не настолько ценна, если бы он работал в авральном режиме при сильном дефиците времени. Именно поэтому получается, что он с намерением делает так, чтобы вогнать себя в строгие временные рамки. Он только тогда будет счастливым, когда сделает работу за один день, хотя для её выполнения была целая неделя.

Причины прокрастинации бывают разного характера. Часто человек откладывает необходимые к выполнению дела, потому что занимается нелюбимой работой, неприятным или скучным делом. Поэтому всё складывается просто – не нравится и человек не делает.

Причиной прокрастинации есть неумение расставить приоритеты. Когда человек неясно видит личные цели, не понимает к чему ему стремиться, также является причиной прокрастинации. Из этого вытекает депрессивность, отсутствие энергии, сомнения по поводу дела.

Понимая, что такое прокрастинация и зная о её причинах, можно спрогнозировать потенциальные неприятности, которые подстерегают прокрастинатора. Сперва, может казаться, будто прокрастинация это обычная лень, однако прокрастинация является серьёзным психологическим явлением, которое имеет собственные причины для проявления.

Есть люди, которые не знают, как им взяться за работу, поэтому откладывают её. Они могут сомневаться в силах, недостатке ресурсов или навыков для выполнения сложнейшего (как им кажется) и ответственного задания, ими завладевает страх, что они не осилят это. Отсутствие опыта, неумение принимать решения и боязнь брать на себя ответственность также замедляет процесс.

Причина прокрастинации может скрываться в различных страхах или фобиях. Человек может бояться, что из-за сделанного всё поменяется к худшему, произойдут перемены, к которым необходимо будет привыкать, опасается, что они повлияют на взаимоотношения.

Страх неудач приводит к прокрастинации, поскольку человек боится, что потерпит поражение, он ограничивает свои действия, вплоть до бездействия. Страх неуспеха мешает начать и завершить дело, особенно, когда результат обязан быть значимым и престижным. Страх боли – человек знает, что надо сходить к врачу, однако он придумывает отговорки, чтобы не пойти, поскольку знает, что придется сделать манипуляцию, которая повлечет боль. Боязней, которые смогли бы спровоцировать прокрастинацию очень много, хотя многие беспочвенны.

Причиной прокрастинации может быть перфекционизм. Перфекционист не приемлет результат работы, который считает несовершенным, хотя для его выполнения все равно вышел установленный срок, однако он продолжает оттачивать мельчайшие детали.

Некоторым личностям не хватает личной мотивации. Им не хватает сил, заставить себя заняться тем, что не интересует. Такому человеку нужен «огонек», который бы зажег в нем задор для новых свершений. У каждого найдётся соответствующая мотивация, стоит только отыскать её.

Причиной постоянной прокрастинации является самообман. Человек полагает, что сейчас примется за дело, потом займётся чем-то приятным. Но, он сразу берётся за «приятное», поскольку думает, что много времени это не займёт, таким образом, обманывает сам себя.

Если человек говорит, что выполнит задачу, а после неё вознаградит себя любимым делом, то так и следует сделать, но не наоборот. Хотя некоторых больше мотивирует, если они вначале делают что-нибудь для повышения настроения, после чего занимаются не очень приятным. Каждый должен следовать своим потребностям, определить, что для него лучше, вместе с этим стремиться вложиться в установленные сроки.

Некоторые прокрастинаторы откладывают дела в силу духа противоречия. Они пытаются доказать личную значимость тем, что не принимаются сразу за дело, которое им указали сделать. Хотя в таких действиях нет логики, это не останавливает их в таком образе поведения. Это можно наблюдать, когда на служебном месте начальник дает подчинённому задачу. Однако «бунтарь» делает по-своему, нарочно занимается ненужными делами или второстепенными. Потом вместо отчета по указанному делу он дает ненужную справку, поскольку считает её важнее. В общем, делает всё наперекор начальству, которое при этом приходит в ярость от такого отношения, и ставит его под угрозу увольнения.

Прокрастинация может быть неосознанным методом побега от важных дел, которые ранее окончились неудачей, имели несчастливый исход или стали неприятным опытом, который не хо-

чется повторно переживать. Откладывание таких дел кажется вполне логичным, однако, их выполнение является обязательным.

Здесь главное понять, почему неудача связана с этим делом, что привело к неудаче ранее и определить, как избежать не желанного исхода. Например, если в прошлый раз был тяжелый проект, и он провалился, то при повторном его переделывании следует учесть новую информацию. Расспросить у коллег, что можно подкорректировать и браться за задание. Некоторые стыдятся просить о помощи, поскольку боятся показаться некомпетентными. Но все начинали с чего-то, поэтому ничего стыдного здесь нет.

Стоит делать выводы из проблем, которые ранее помешали эффективному результату. Часто бывает, трудности возникают в связи с некачественным выполнением дела, которое исполнялось второпях. Если далее продолжать откладывать дела, тогда появится вероятность, что качества дела в следующий раз не улучшится, поскольку оно вновь будет выполняться в большой спешке.

Работника, который переделывает множество раз одно задание, не слишком уважают, его часто ругают и критикуют, что не может понравиться. Если избежать критики всё-таки не удастся, тогда следует постараться смягчить удар. Если возможно, то лучше на время перейти на заочное общение, через переписку. Не давать новых поводов для недовольства начальника.

Бывает, что в повседневной жизни людям надоедает, когда им навязывают что-то, даже самое элементарное. Им кажется, будто над ними нависает сильное напряжение, которое напоминает – над ним властвуют. Например, когда говорят, что настало время для обеда, однако из духа противоречия, человек не идет обедать, выражая так протест. Он заявляет своим поведением, что сам решает, когда ему обедать. Правда, если потом нужно делать необходимое, не хватает времени, и приходится делать все в спешке, можно не успеть, или вообще отложить это.

Прокрастинация и перфекционизм

Прокрастинацию часто употребляют вместе с термином «перфекционизм». Перфекционист всегда стремится к идеальному результату, в каких бы ни было делах. Поэтому он часто даже не принимается к началу дела, поскольку уверен, что не хватит времени и ресурсов. Если он уверен, что не достигнет безупречного результата, он не будет приниматься за дело, или отложит его до тех пор, когда появится шанс на идеальное исполнение.

Прокрастинаторперфекционист стремится сделать необходимое наилучшим образом, поэтому он может до бесконечности заниматься шлифовкой мелких деталей. Часто он не выполняет работу целиком, но приводит к совершенству только начальную часть. Получается, что этот человек тратит время, силы и ресурсы, хоть дело часто не доводит до конца.

Конечно, стоит похвалить человека за большое стремление сделать всю работу наилучшим образом. Перфекционизм становится проблемой, когда человек слишком сильно акцентирует внимание на безупречном исполнении, забывая о самом выполнении дела. Идеал становится недостижимым, понимание этого парализует волю такого прокрастинатора. Поэтому он всегда сомневается, что ему не стоит браться за дело, если идеального результата в нём не добиться.

Перфекционист не способен удовлетвориться малым, ему нужно задрать планку невероятно высоко. Там, где все принимаются за дело и начинают с малого, перфекционист начинает с конца. Однако, задрав планку настолько высоко, он начинает думать, что не справится. Желая сделать дело идеально, он начинает его планировать, распределять действия на шаги, составлять списки, собирать информацию, много изучать. Словом, он прокрастинирует. Когда прошло некоторое время, он понимает, что оно утрачено и проект не реализовать.

Родители сами часто провоцируют возникновение перфекционизма у ребенка, и способствуют тому, что он прокрастинирует. Так, родители говорят своему ребенку: «Старайся», «Будь сильным», «Стань лучше», «Стань первым», «Будь осторожен», «Не делай», «Будь внимателен», поскольку считают все эти высказывания правильными. Но не все происходит так, как им, кажется, должно быть. Выходит, что воспитывая боевой дух, сильный настрой, понимание, что ребенок должен быть лучшим, обязан стараться, быть первым – формируют перфекционизм. Вместе с этим у ребенка закладывается страх того, что опасно действовать, почему же иначе он должен быть осторожен.

Таким образом, у ребенка возникает жесткий внутренний конфликт. Он настроен, чтобы сделать всё наилучшим образом и правильно, вместе с этим боится ошибиться, сделать неправильно что-то. Такой конфликт изматывает и отбирает силы. Он ругает себя и осуждает, поскольку не делает ничего.

Когда родители говорят ребенку: «Будь лучшим и спеши» и дети при этом не осторожничают, тогда они вырастут людьми, знающими своё дело, будут преуспевать во всем, у них не возникнет внутреннего конфликта.

К перфекционисту же было направлено послание – не делать и быть осторожным, что поспособствовало его стремлению к идеальному результату и страху ошибиться. Этот страх «покрывается» указанием родителей, что надо стать наилучшим во всем. Всё это ведёт к постоянной прокрастинации у перфекциониста.

Не каждому перфекционисту свойственна прокрастинация. Есть те, кто не считают перфекционизм своей проблемой, они менее подвержены прокрастинации. Есть люди, перфекционизм которых склоняет их к стабильной прокрастинации, он приводит к депрессии, стрессу, переживаниям.

Лечение прокрастинации

Прокрастинаторы ленивыми людьми не являются, поскольку они всегда чем-нибудь заняты, даже если все это мелкие и несерьезные вещи. Они могут убирать постоянно, перекладывать вещи, рассматривать их. Различные мелкие и несерьезные дела они делают, чтобы не приступить к выполнению более значимых дел.

Проблема прокрастинации состоит в том, что если бы людям наоборот пришлось перекладывать те самые вещи, убираться, они нашли бы массу других занятий и отговорок, почему не могут этим сейчас заняться.

Как побороть прокрастинацию? Существует метод лечения прокрастинации под названием структурированная прокрастинация.

Метод структурированной прокрастинации представляет собой технику, что основывается на составлении перечисления дел. В этом списке должны быть первостепенные и неотложные дела, которые постепенно к концу списка сводятся к менее полезным и несерьезным.

Список должен быть составлен так, чтобы дела в начале перечисления имели одно требование, казались чрезвычайно важными, но действительно, срочными не были. За счёт уклонения от дел, стоящих в начале списка, можно достичь результата, выполняя дела, находящиеся в его конце. Необходимо сильно заставить себя верить в важность самых верхних дел, прокрастинаторам сделать это легко, поскольку именно они чрезвычайно хорошо поддаются самообману.

Самостоятельное лечение от прокрастинации дается очень тяжело, если не привлечь на помощь психолога. Он поможет человеку осознать, что тот имеет проблему. Ведь самому человеку тяжело осознать, что с ним не так, ведь он не просто так откладывает дела, как ему кажется, а является зависимым от этого постоянного откладывания, с каждым проходящим днём, и с каждым свежим требованием она становится сложнее. О заболевании прокрастинацией говорят не настолько часто, как о стрессе или депрессии.

Вместе с распределением дел на категории важные и менее важные, можно переоценить свои обязанности. Вместо «я должен» стоит говорить себе «мне нужно». С помощью такой простой техники полностью исчезает внутренний дух противоречия. Когда ранее человек понимал, что он должен реализовать определённое задание, ему казалось, будто он должен кому-то и откладывал это задание. Когда он себе говорит, что ему конкретно что-нибудь нужно, он спешит сделать это.

Так человек учится пониманию, что он обязан завершить свой рабочий проект, но не потому, что начальство так захотело, а только потому, что это работа, приносящая ценные деньги, за какие он покупает необходимые вещи или развлекается вместе с семьёй.

Проблема прокрастинации подразумевает медикаментозное лечение, особенно когда прокрастинацию сопровождает депрессия или другие внутренние хронические процессы. Здесь психиатр или невропатолог должны поработать и назначить лечение.

Лечение прокрастинации проводится также с применением народных средств. Кому-то это покажется несуразным, однако не надо сразу отрицательно к этому относиться. Необходимо разо-

браться в следственной связи процессов. Прокрастинация затрагивает очень важный компонент человеческой жизни – время. Поскольку человеку его всегда не хватает сполна, это влечет за собой различные негативные последствия и обуславливает внутренний дисбаланс. Значит, для его преодоления необходимо подойти всесторонне.

Стоит пересмотреть собственные привычки в питании, насколько продукты являются полезными, способны снабдить энергией и дать необходимые витамины. Важно также понаблюдать за своей физической активностью. Часто можно услышать, как те личности, что ничего почти не делают, говорят, как им не хватает сил, и продолжают полжизни оставаться в «недвижимости». Сбалансированное питание, спорт и закаливание дают энергию для выполнения нужных дел, поднимают настроение, повышают стрессоустойчивость и сопротивляемость организма негативным факторам. Всё это является первым шагом в самоорганизации и трудоспособности.

Как бороться с прокрастинацией

Когда человек пробует справиться с проблемой, желает победить свои недостатки, побороть пороки ему приходится первоначально осознать их, что они присутствуют в данной личности. Здесь главным является желание осилить эту проблему, тогда неважно будет, какой она сложности.

Как бороться с прокрастинацией? Проблема прокрастинации будет уменьшаться, если изменить собственное отношение к сложным делам. Пускай они трудны, даже кажутся невозможными, важно поверить в себя. Если впереди длительный и трудоёмкий процесс выполнения, нужно его разделить на несколько частей и приниматься за каждую отдельную часть, делая между ними перерывы.

Планирование времени является основой личностной эффективности, отличным навыком, который позволяет сделать работу продуктивной и качественной. Планирование поможет в том, как побороть прокрастинацию. Организованные личности, которые составляют четкий план своей работы, минимизируют утрату времени, следовательно, прокрастинацию.

Планирование рабочего дня необходимо отображать на бумаге, пользоваться специальными программами-планировщиками. Правильным будет включение в список не только важных дел, которые требуют немедленного выполнения, но и маловажных, которые возможно много времени не займут, но разбавят слишком жесткий план. Отвлекаясь на мелкие дела, человек тешит свою слабость, а позже всё равно принимается за основное.

Если человека постоянно преследуют дела, которые регулярно откладываются, то чтобы побороть прокрастинацию, нужно попробовать понять, что содержат они такого, почему являются неприятными и неисполнимыми. Возможно, необходимо попробовать делегировать часть дел другому человеку, или изменить их, попытаться так сделать, чтобы не пришлось их делать. Поняв причину прокрастинации, получится быстрее избавиться от проблемы. Хотя бы постараться для этого нужно.

Как победить прокрастинацию? Изменить своё эмоциональное отношение к обстоятельствам, которые невозможно или очень трудно изменить.

Прокрастинация является результатом того, что человек боится ответственности, его пугает, что он «должен». Лучше сказать: «Я сделаю, и это моя воля».

Хроническая депрессия – это легкая форма душевного расстройства, которая характеризуется маловыраженными признаками угнетенного настроения. Протекает заболевание очень медленно, вяло и лишь иногда может проявляться яркой клинической картиной. Вторым названием данного состояния стала «дистимия», что ещё раз подчеркивает не грубое нарушение эмоциональной сферы человека. Такое состояние способно сопровождать больного на протяжении нескольких лет, не вызывая внешне никаких подозрений. Соответственно, само избавление становится возможным лишь при наличии уже более тяжелых признаков депрессии.

Психическая терапия хронической депрессии

Стоит первой в списке помощи при лечении хронической депрессии. Она применяется при наличии подтвержденного диагноза и может выступать как единственным методом, так и в качестве комбинации с другими лекарственными средствами. Решение этого вопроса зависит от степени тяжести болезни, а также от состояния самого пациента. Но можно сказать точно, что данный метод позволяет усилить действие медикаментов и ускоряет процесс выздоровления.

Есть несколько видов психотерапии. Все они осуществляются путем проведения лечебных сеансов с доктором, который через разговор пытается выяснить причину болезни и избавить пациента от неё.

Различаются эти методики в зависимости от того, сколько людей присутствует в кабинете во время беседы. Это могут быть индивидуальные занятия с одним человеком ли групповые с несколькими участниками сразу. Этот вопрос решается лечащим врачом, исходя из психологии пациента.

Иногда прибегают к особому варианту психотерапии – семейному. Он включает как минимум двух людей. В большинстве случаев это муж и жена, которые оба должны принимать участие в решении причины состояния одного из членов семьи.

Медикаментозное лечение хронической депрессии. Что делать при хронической депрессии, знают далеко не все. Многие люди задаются этим вопросом или прибегают к заранее неверному варианту лечения. Лекарственные средства, которые используются в данной ситуации, должны быть применены только после четкого назначения доктора. Для этого используют группу психотропных веществ под названием антидепрессанты. Именно они обладают свойствами, необходимыми для устранения основных проявлений болезни.

Среди наиболее часто используемых групп следующие:

Избирательные ингибиторы обратного захвата серотонина. Представителями являются Целекс, Лексапро. Их основные эффекты – коррекция настроения, направленная на устранение страхов и фобий, улучшение общей сопротивляемости организма относительно стрессовых ситуаций.

Трициклические антидепрессанты. Это вещества с кольцевой структурой, которые способны задерживать медиаторы в синаптической щели при передаче импульса по нейронах. В результате этого улучшается проводимость и образование чувства радости у человека. Наиболее ярким представителем выступает Имипрамин, который широко применяется для купирования повторных приступов хронической депрессии.

Ингибиторы моноаминоксидазы. Это лекарственные средства, которые угнетают фермент, способный разрушать медиаторы центральной нервной системы (серотонин, норадреналин). Таким образом, увеличивается их концентрация и эффекты. Используют сегодня Парнат и Нардил. Препараты обладают малым количеством побочных действий и хорошо переносятся разными группами больных.

Меры профилактики хронической депрессии. Данное направление медицины является залогом здорового общества. Дистимию, как и многие другие заболевания, легче предотвратить, чем вылечить. Именно поэтому стоит обратить внимание каждого человека на некоторые моменты его жизни, способные уберечь от развития такого состояния. Ведь именно это и может стать ответом на вопрос о том, как бороться с хронической депрессией.

Прежде всего, это определенный образ жизни, который можно назвать правильным:

Питание. Данный пункт чрезвычайно важен для жизни каждого человека, ведь он способен спровоцировать множество заболеваний, а также просто изменить психоэмоциональный фон вообще. Поэтому необходимо, чтобы еда приносила не только физическое насыщение, но и содержала в себе все необходимые витамины и минералы, полезные для здоровья. Стоит обратить внимание на режим приема пищи, его регулярность и мелкие порции.

Сон. Полноценность и рациональность этого состояния чрезвычайно важна и требует особого внимания. Недосыпания или, наоборот, излишек сна способны нарушать многие процессы жизнедеятельности организма в целом. Нужно помнить о правильном ежедневном 8-часовом сне, который представляет собой большую ценность для человека.

Правильный отдых. Каждому необходимо рационально распределять свое время таким образом, чтобы физическая активность не превышала резервы организма. Только тогда человек будет успевать восстанавливаться и продолжит выполнять свои функции правильно. Более того, отдых должен быть регулярным и полезным, содержать в себе прогулки на свежем воздухе и другие оздоровительные процедуры.

Физическая активность. Её наличие в повседневности является обязательным для всех людей вне зависимости от возраста и пола. Она активизирует все процессы метаболизма, улучшает кровообращение и работу систем органов. Повышается выносливость, пополняются резервные силы организма в целом.

Как бороться с хронической депрессией – смотрите на видео:

Постоянные стрессовые ситуации и несоблюдение здорового образа жизни делают человека уязвимым для воздействия различных патологических состояний. Поэтому, чтобы не задаваться вопросом о том, как избавиться от хронической депрессии, нужно всегда помнить о вероятных причинах её возникновения, а также методах профилактики. Несмотря на то, что данная патология значительно ухудшает качество жизни человека и чревата пугающими последствиями, ранняя диагностика и правильное оказание специализированной помощи способны вернуть личность к её нормальному существованию в мире.

Тема 9. Работа с травмой.

Понятие травмы в бихевиоризме и когнитивной психологии. Базовые травмы. Классификация психотравм и их типичные последствия. Специфика детских психологических травм. Проявления детских психологических травм в психике и поведении взрослого человека. Психологические травмы зрелости. Следствия психотравмы. Травма как следствие утраты. Горевание как процесс переживания утраты. Методы диагностики психической травмы. Принципы, методы и техники работы с психотравмой в бихевиорально-когнитивной психотерапии.

Психологическая травма, или психотравма, – воздействие на психику человека острой стрессовой ситуации. Иногда это связано с физической травмой, которая угрожает жизни или вызывает ощущение отсутствия безопасности. Понятие «психологическая травма» получило свое распространение в конце прошлого века на основании изучения посттравматического расстройства. Данное явление негативно действует на всю организацию психики и способно стать причиной ее клинического или пограничного состояния. Это выражается, как правило, в постоянном ощущении угрозы жизни. Состояние усугубляется общим снижением иммунитета человека, его адаптивных способностей мышления и работоспособности.

Психологическая травма – это вред, который нанесен психическому здоровью индивида после усиленного влияния стрессовых, остроэмоциональных воздействий или неблагоприятных факторов на психику человека. Зачастую психологическая травма связана с физической, которая угрожает жизни, либо дает стойкое отсутствие ощущения безопасности. Психологическая травма имеет также название психотравма или психическая травма.

Понятие психологическая травма получила наибольшее распространение в рамках теории посттравматического расстройства (ПТСР), которое возникло в конце 80-х годов кризисной психологии. Особенность психологической травмы состоит в том, что она расстраивает нормативную организацию психики и способна ее вводить в клиническое или пограничное состояние.

На пограничном уровне способны появляться как проходящие ощущения дискомфорта, так и стабильные состояния с присутствием преобразованных изменений, ослабляющих иммунитет, адаптивные способности мышления, работоспособность.

Итак, психологическая травма – это переживание или потрясение особого взаимодействия индивида с окружающим миром. Самыми яркими примерами психотравм выступают угроза жизни и здоровью, а также унижение человека.

Причины психологических травм

Некоторые люди успокаивают себя тем, что, психотравмы не так уж и страшны и они не способны отражаться на будущих поколениях. На самом деле швейцарские ученые в начале XXI века установили, что они влияют на генетический код человека и передаются по наследству. Существуют действительно подтверждения того, что индивиды, чья психика пострадала, не способны дать все необходимое ребенку для психологического благополучия и передают ему свои страхи, боль, тревоги, и таким образом, возникает еще одно поколение с травмированной психикой.

Ведь что такое психотравма? Это душевная боль, которая наносит вред здоровью, а точнее, приводит к душевному разладу. Этот вред способен быть нанесен внутренними либо внешними обстоятельствами, либо же действиями других людей.

Необходимо различать психологическую травму от травмы психической, поскольку это далеко не одно и то же. Если речь идет о психической, то это значит, что психике человека нанесены повреждения (тяжелые испытания), повлекшие за собой нарушения для ее нормальной работы.

Если же у человека психологическая травма, то психика его остается ненарушенной, и он остается вполне адекватным и способным к адаптации во внешней среде.

В борьбе с психотравмой некие экстремальные условия могут отвлечь индивида от переживаний, но когда влияние экстремальных событий заканчивается, воспоминания могут вернуться, то есть возвращается и травмирующее событие.

Причиной психологической травмы может стать смерть близкого человека, разрыв отношений с любимым человеком, установление серьезного диагноза, потеря работы и прочее.

Люди, пережившие войну, бомбежку, террористические акты, насилие, грабежи, вместе с физическими повреждениями получают и душевную травму.

Клинические врачи, психологи-практики, изучающие психологические травмы называют основные факторы, которые наиболее ярко характеризуют травматическое событие и вызывают психотравму.

Самым травмирующим и серьезным событием для психики и душевного равновесия всегда является угроза смерти, для кого бы эта угроза не предназначалась: кому-то из близких человека или ему самому. Иногда травмирующим событием для психики становится угроза смерти даже незнакомым личностям. Не меньший вред наносит перед обстоятельствами чувство сильного страха, беспомощности и бессилия. Особенность многих травмирующих событий выражается в том, что их крайне сложно и зачастую невозможно предугадать, и взять их под контроль.

Травмирующие события могут уничтожить уверенность в безопасности и возможности благополучного исхода, поэтому такие события делают людей крайне ранимыми и уязвимыми. Принимать непосредственное участие для получения психологической травмы в травмирующем событии совсем необязательно, иногда такое событие просто очень близко касается индивида.

Особенности психологической травмы, как выделяют врачи-психотерапевты, во многом схожи с особенностями стресса и стрессовых ситуаций.

Многие исследователи данной проблемы считают, что стресс – это личное восприятие того, что произошло и одинаковые события на всех влияют по-разному: для кого-то всего лишь неприятность, а для кого-то досадное недоразумение или трагедия всей его жизни.

Специалисты считают, что для формирования психотравмы необходимы как происходящие события, так внешние и внутренние факторы: психологический склад личности и сформированные вместе с тем представления о зле и добре, о неправильном и правильном, о непозволительном и позволительном, и так далее.

Последствия психологических травм

Продолжающиеся травмирования, катастрофические (массированные) травмы, острые и внезапные способны служить источником клинических состояний, при которых возникшие измененные состояния, например, посттравматический эффект с обоснованием, способны приносить ухудшение здоровью, уход от следования норм социальной жизни индивида (возможность самоутверждения, социальный престиж, уважения близких и окружающих людей и т. п.).

Психотравмы также способны приводить к интимно-личностным последствиям на биологическом и личностно разрушительном уровне, провоцировать психосоматические заболевания, неврозы, реактивные состояния.

Губительная сила психотравмы обусловлена субъективной значимостью травмирующего события для индивида, силы духа или степени его психологической защищенности, устойчивости к жизненным ситуациям или иным факторам.

Виды психологических травм

Выделяют несколько видов психологических травм. Первая классификация делит травмы на шоковые, острые и хронические.

Для шоковой травмы характерна краткосрочность. Она появляется всегда спонтанно, в результате угрожающих событий жизни индивида и его близких.

Острая психологическая травма имеет краткосрочное влияние на психику. Ее появление связывают с предшествующими событиями, такими как, унижение, разрыв отношений.

Психологическая, хроническая травма обусловлена негативным затяжным воздействием на психику, не имеет ярко выраженные формы и способна длиться десятилетиями. Например, это детство в неблагополучной семье или брак, причиняющий психологический дискомфорт или физический вред.

Вторая классификация выделяет следующие психотравмы:

- травмы потери;
- экзистенциальные;
- травмы собственных ошибок.
- травмы отношений.

Экзистенциальные травмы – это убежденность в смертельной угрозе либо в том, что человеку и его близким нечто угрожает. Характерным симптомом является страх смерти. Индивид в этой ситуации оказывается перед выбором – замкнуться в себе или стать сильнее.

Под травмой потери понимается страх одиночества.

Травма отношений появляется, например, после предательства близкого человека и в этом случае возникают сложности в будущем с доверием к людям.

Травма ошибки – это стыд за содеянное или чувство вины.

Симптомы психологической травмы

Каждый человек ежедневно сталкивается с разного рода происхождением и силы раздражителями, и все люди реагируют на такие события по-разному. Симптоматика данного недуга состоит из эмоциональных и физических признаков. Нередко эмоциональные симптомы считают неумением организовать и относят к несдержанности, расхлябанности. Однако если данные симптомы возникают у индивида, который пережил травмирующее событие и при этом всегда он был стойкой, оптимистической личностью, то это должно насторожить.

Прежде всего, у пострадавшего индивида могут наблюдаться резкие скачки настроения: от апатии и безразличия до раздражительности с яростью, которые иногда совершенно не контролируются.

Пострадавший человек способен стыдиться своей слабости, нерешительности, ощущать вину за произошедшее или за невозможность предотвращения случившегося. Обычными для человека становятся сильная тоска, чувство безысходности. Зачастую пострадавший становится очень замкнутым, избегает общения со старыми знакомыми и друзьями, перестает посещать увеселительные и любые развлекательные мероприятия.

Человек, страдающий от психотравмы, не способен ни на чем сконцентрироваться и сосредоточиться, ничего у него не получается и все валится из рук, он постоянно испытывает тревогу, и ощущает беспричинный страх.

Индивид, получивший психотравму, утрачивает веру в возможность получить помощь, человеческую порядочность, в дружбу. Он часто чувствует себя никому не нужным, одиноким, потерянным и вычеркнутым из жизни. Такие люди зачастую страдают от нарушений сна, их сон кратковременен с преобладанием ночных кошмаров и бессонницы.

Итак, эмоциональные симптомы травмирующего события включают:

- шок, потеря веры, отвержение,
- ярость, скачки настроения, раздражение,
- самообвинение, переживание вины,
- ощущение брошенности и стыда,
- чувства безысходности и тоски,
- нарушение концентрации, растерянность,
- тревога, страх,
- замкнутость.

Физические симптомы травмы включают:

- пугливость,
- бессонницу и ночные кошмары,
- сердцебиение,
- хронические и острые боли,
- повышенная утомляемость,
- нарушение внимания,
- суетливость,
- мышечное напряжение.

Все эти чувства и симптомы длятся от нескольких дней до нескольких месяцев и способны исчезнуть по мере проживания травмы. Но даже когда пострадавшему станет лучше, то все равно способны всплывать болезненные чувства и воспоминания, особенно на годовщину события или если ситуацию напомним образ или звук.

Лечение психологической травмы

Итак, психотравма – это реакция на переживание или событие, из-за которого у него стремительно ухудшается жизнь. К травмирующим событиям относят страх смерти, насилие, опасность, потерю близкого, войну, разрыв отношений и прочее. При этом одно и то же событие у каждого человека имеет ответные, различные реакции. Сила психологической травмы зависит от нескольких факторов, которые делают реакции человека на одно и то же событие индивидуальными и к ним относят:

- значимость события, вызвавшего травму,
- стрессоустойчивость личности,
- поддержка в тяжелый момент,
- своевременная помощь, а также лечение психологической травмы.

После психологической травмы, если человек спрашивает себя, как ему жить дальше, то он уже на полпути к выздоровлению.

О какой бы травме не шла речь, свое внимание нужно концентрировать все время на будущем, на планах, на мечтах, на людях, ради которых стоит дальше продолжать жить. После пережитой травмы необходимо время, чтобы индивиду пережить боль и вернуть ощущение безопасности.

Как избавиться от психологической травмы? Только с помощью поддержки окружающих, системы самоподдержки, психологической помощи, можно ускорить процесс восстановления.

Самое главное понимать, что горевание – нормальный процесс после психотравмы, какой бы она не была: утрата человека или травма спортивного плана. Это болезненный процесс и человек обязательно нуждается в поддержке других людей.

Восстановление после психологической травмы требует времени и если прошли месяцы, а симптомы не проходят, то нужно обратиться за помощью к психотерапевту.

Необходимо искать помощи у специалиста если:

- дома и на работе рушатся дела;
- человек страдает от тревоги и страха;
- есть страх близости и близких отношений,
- человек страдает от ночных кошмаров, нарушения сна, вспышек травмирующих воспоминаний,
- пострадавший все больше избегает вещей, напоминающих о травме,
- человек чувствует себя брошенным и эмоционально отдалился от других,
- употребляет алкоголь и наркотики для улучшения состояния.

Работа с психотравмой человека способна быть болезненной, пугающей, провоцирующей ретравматизацию, поэтому она должна осуществляться опытным психотерапевтом. Необходимо потратить немного времени, но следует подобрать специалиста с опытом работы в этом направлении. Но самое важное выбрать того, с кем человеку будет безопасно и комфортно.

В процессе исцеления от эмоциональной и психологической травмы необходимо столкнуться с невыносимыми воспоминаниями и чувствами, которых пострадавший избегал, иначе они будут возвращаться снова и снова.

Восстановление требует времени, поэтому не нужно человеку себя торопить и скорее избавляться от всех последствий и симптомов. Невозможно процесс исцеления подхлестнуть усилием воли, поэтому следует позволить себе без вины и осуждения переживать разные чувства. Не следует впадать в изоляцию от людей, от этого лучше не станет. Важно просить и говорить о поддержке, в которой человек нуждается. Нужно обратиться к тому, кому человек доверяет. Это может быть коллега, член семьи, психолог.

Необходимо продолжать делать обычные дела, выделять время для общения и релаксации. Следует найти, что поможет чувствовать себя лучше и займет его ум (готовка, чтение, игра с друзьями и животными и прочее). Это позволит удержаться от погружения в травмирующий опыт и воспоминания. Важно позволять пострадавшему переживать те чувства, которые всплывают, принимать их и поддерживать их появление. Воспринимать их нужно, как часть процесса горевания, необходимого для желанного исцеления.

«Базовые потребности младенчества и раннего детства предшествуют нашим взрослым потребностям. Базовые потребности включают получение любящих прикосновений, позитивное отзеркаливание, внимание к нашим чувствам и переживаниям и нежную заботу. Удовлетворение этих базовых потребностей жизненно важно, так как формирует наше самоощущение и отношение к себе.

Базовая травма означает, что ...нашему чувству Себя был нанесён ущерб. Вы живёте с чувством, что с вами что-то не так. Вы всегда во вне, наблюдаете себя глазами других. Если они улыбаются вам, вы утешены. Если хмурятся, вы тревожитесь, что это ваша вина, даже если вы совсем тут не причём.

Есть одна неоспоримая истина о том, что касается детской базовой травмы. Когда мы становимся взрослыми, наши близкие отношения отражают нашу веру в то, что мы заслуживаем. Точнее, ваш партнёр в точности воспроизводит то, как мы на самом деле относимся к себе, не смотря на все наши успехи и достижения. Не верите? Насколько вы к себе суровы? Обращаетесь ли вы к себе бережно, или в суровом и критическом тоне?

Самобичевание является выученным ответом на излишне критичное или строгое отношение родителей. По сути, вы оставили дом для того, чтобы избавиться от жестокого обращения со стороны ваших родственников, но усвоили ту же травмирующую манеру обращения с собой и являетесь компульсивным перфекционистом. Из этой склонности никогда не получается ничего хорошего, и её нужно «демонтировать», чтобы вам стало лучше».

Большинство современников, страдающих от депрессий, навязчивых страхов и комплексов, склонно искать причины своего аномального состояния в воздействии негативных факторов окружающей среды. Взрослые особы зачастую даже не подозревают, что истинные виновники сегодняшних проблем – детские психологические травмы. Действительно, большинство событий юных лет со временем утратили свою актуальность, кризисы и трудности потеряли злободневность, а перенесенные в детстве стрессы довольно смутно представлены в памяти. Однако не воспринимаемые на сознательном уровне следствия детских психотравм довольно прочно укоренились в сфере подсознания, создав специфическую «жизненную программу» личности.

Причины детских психотравм

На вопрос о том, что может стать причиной психологических травм подростков и детей, нельзя ответить объективно и однозначно, поскольку интерпретация и значимость любого события для человека имеет сугубо индивидуальные критерии. Однако можно утверждать, что неокрепшая психика маленькой личности значительно больше подвержена негативному действию окружающей среды. То, что зрелый человек будет считать незначительным и преодолимым препятствием, для ребенка станет громадной катастрофой.

Единственным объективным критерием для оценки неблагоприятных обстоятельств, возникших в жизни малыша, может быть сочетание факторов: значимость события для ребенка и сила эмоциональной реакции в ответ на это явление. Психологическая травма детства – это психотравмирующее событие, которое ребенок интерпретирует как жизненно важное. Это те явления, по поводу чего он сильно и длительно переживает. Те обстоятельства, которые лишают душевного

спокойствия, психического равновесия и требуют кардинальных изменений в мышлении и поведении.

Существует версия, что детская психотравма – частое следствие неверной стратегии воспитания ребенка. Результат существующих у взрослых неконструктивных жизненных стереотипов, которые передаются потомку «по наследству». Согласно такой точке зрения, дети перенимают от родителей на подсознательном уровне сформированные директивы касательно правил жизни: как нужно жить, как верно себя вести, как следует реагировать в конкретных ситуациях. Малыши неосознанно наследуют установленные родителями деструктивные «правила игры», причем в отягощенной форме.

Тема 10. Групповая бихевиорально-когнитивная психотерапия.

Понятие и история возникновения групповой бихевиорально-когнитивной психотерапии. Техника групповой работы. Особенности терапевтических отношений при работе в группе. Методы диагностики и организации взаимодействия при групповой бихевиорально-когнитивной психотерапии. Групповая работа со страхами, фобиями, неразрешенными конфликтами, психотравмами. Показания и противопоказания для групповой бихевиорально-когнитивной психотерапии. Преимущества и недостатки групповой формы работы.

Групповая поведенческая терапия. Кроме Скиннера есть множество выдающихся ученых бихевиористов внесших свой вклад как в научную теорию, так и в практику психотерапии, дать достаточно полный обзор их идей, слишком объемная задача. Но для социального работника важно иметь представление о весьма распространенной модели групповой бихевиоральной терапии. Эта модель получила название групп тренинга умений. Это скорее запрограммированные курсы обучения, чем серия психотерапевтических занятия. Члены группы рассматриваются как учащиеся, желающие приобрести умения, которые помогут им улучшить свою жизнь и исправить недостатки.

К видам жизненных умений, которым обучают в группах, относятся: управление тревогой, планирование карьеры, принятие решения, родительские функции, коммуникативные умения (тренинг общения), тренинг уверенности в себе и т.д.

В группах клиентов с тяжелыми нарушениями тренинг умений может касаться развития элементарных навыков, таких, например, как есть суп не проливая. В группах здоровых людей ставятся более сложные цели.

Акцент всегда делается на обучении. Например, в группе, занимающейся терапией взаимоотношений, члены группы обучаются выражать свои эмоции, не возбуждая защитных или враждебных чувств в других. Показываются и отрабатываются четыре поведенческих умений: выражение межличностных чувств (то есть осознание своих чувств и их адекватная передача), умение правильно воспринимать партнера и его желания; умение давать эмпатический ответ (полное понимание и передача этого понимания партнеру), умение переключаться с одного вида действий на другой (адекватный переход от выражения межличностных чувств к эмпатическому ответу и обратно), умение эффективно обучать своих партнеров вышеупомянутым умениям (сотрудничество).

Другой вид тренинга умений называется структурированно обучающей терапией и применяется для развития социальных умений, умения планировать и умения предупреждать причины возникновения стресса. Он включает использование таких базовых средств, как, например, моделирование и прогнозирование ролей, осуществление обратной связи и перенос приобретенных умений в реальную группу,

Одним из самых распространенных тренингов умений является тренинг уверенности в себе. Следуя бихевиористской концепции, уверенность не рассматривается как некоторое психологическое состояние, а как характерный набор умений, которые свойственны уверенному человеку, В этот набор входят следующие поведенческие умения:

- умение определить и выразить свои чувства;
- умение говорить о себе;
- умение начать разговор при встрече;
- умение давать и принимать искренние комплименты;

умение адекватно использовать мимику лица в разговоре;
умение корректно выражать несогласие;
умение просить разъяснений;
умение обратиться с просьбой;
умение сказать «нет», не чувствуя себя виноватым;
умение быть настойчивым;
умение говорить о своих разумных правах и настаивать на их реализации.

Это основные умения уверенного человека, но в принципе список может быть продолжен. Так же составляются списки основных /или разумных/ прав, которые поддерживают уверенное поведение индивида:

- право быть одному,
- право быть независимым;
- право на успех;
- право быть выслушанным и принятым всерьез;
- право получать то, за что платишь;
- право иметь права, например, право действовать в манере уверенного в себе человека;
- право отвечать отказом на просьбу, не чувствуя себя виноватым и эгоистичным;
- право просить то, чего хочешь;
- право делать ошибки и быть ответственным за них;
- право быть настойчивым.

Прежде всего, клиентам объясняется разница между неуверенным, агрессивным и уверенным поведением. Например, неуверенное поведение выражается прежде всего в том, что внешнее (то, что говорится) не совпадает со внутренним (тем, что человек чувствует), то есть человек говорит «да», когда чувствует «нет». Агрессор всегда начинает фразу со слов: «А ты..., А Вы...», Например: «Что Вы себе позволяете!?», «Где Вы были с 8 до 11?...» Уверенный человек начинает фразу с «Я» («Я думаю...», «Мне не нравится...»), то что говорится совпадает с тем, что человек чувствует.

Клиенты обучаются реализовывать и отстаивать свои права. С ними проводится ряд поведенческих упражнений, развивающих умения, соответствующие уверенному поведению: активное наблюдение, умение делать комплементы, выражать свои чувства, инициировать разговор, останавливать самокритику и т.д Их учат как формировать позитивный образ своего «Я», как написать для себя сценарий уверенного поведения в конфликтной ситуации и как следовать ему и т.д.

Таким образом, через развитие способности действовать уверенно группы тренинга умений ведут к большей свободе и самостоятельности человека.

Возможности использования идей бихевиористской терапии в психосоциальной работе с дезадаптированными детьми и подростками.

1. Психосоциальный работник, имеющий дело с дезадаптированными детьми должен продумать каких конкретных изменений в поведении у детей он хочет добиться, какие конкретные навыки необходимо для этого выработать у детей и какую систему наград он будет для этого применять. Следует помнить, что для ребенка серьезнейшей наградой является просто похвала взрослого человека, но ничего зазорного нет в использовании и материальных наград.

2. Необходимо помнить, что уверенное поведение ребенка несовместимо не только с неуверенностью, но и с агрессией. Поэтому развивая уверенное поведение у ребенка, мы способствуем его лучшей адаптации к социальной среде, а не порождаем, как кому-то может показаться, эгоиста и нахала. Одна из хронических ошибок наших педагогов -это то, что они осуждают детей за употребление местоимения «Я» («Я» -последняя буква в алфавите). Уверенный человек начинает фразу с «Я» и это означает прежде всего ответственность за свои мысли, чувства и действия, безответственный человек избегает этого слова. Кроме того, буква «Я» на самом деле так же и первая буква в алфавите, поскольку «А»— это старославянская буква «Аз», означающая то же самое «Я».

3. Психосоциальный работник может воспользоваться многочисленными наработками бихевиористских психологов в области создания тренингов по выработке разнообразных умений. В конце концов, пользуясь основными теоретическими позициями бихевиористов, можно создать

свой собственный авторский тренинг для каких-то специальных задач. Деадаптированные дети потому и деадаптированы, что они не умеют чего-то, с чем легко справляются другие, этим вещам и необходимо их учить.

Групповая психотерапия

Ее развитие и применение связано с именами Джозефа Пратта, Карла Роджерса, Курта Левина. Хотя очевидно, что любому отдельному участнику группы уделяется в ней внимания меньше, чем при индивидуальной терапии, существует ряд причин, обуславливающих эффективность групповой психотерапии. Опыт, приобретаемый пациентом при групповой психотерапии, помогает решению проблем, возникающих при межличностном взаимодействии. Среди психокоррекционных групп выделяются группы организационного развития, группы обучения коммуникативным навыкам, группы личностного роста, терапевтические и тренинговые группы. Диапазон целей, реализуемых с помощью каждой из этих групп широк: от ориентированных на информацию или на задачу до ориентированных на личность или понимание, от жестко структурированных до неструктурированных, от объединяющих здоровых людей до ориентированных из больных, проявляющих неадекватные эмоциональные реакции. Общими для всех психокоррекционных групп является несколько процессов:

- облегчение выражения эмоций;
- ощущение принадлежности к группе;
- самораскрытие;
- групповое осуществление межличностных сравнений;
- апробирование нового поведения;
- разделение ответственности за происходящее в группе.

В процессе работы психокоррекционная группа проходит определенные стадии своего развития. В групповом процессе есть ряд факторов, помогающих достижению целей терапии. Фактически все группы стремятся к продуцированию в групповых условиях эмоциональных конфликтов клиентов и к увеличению степени их открытости новому опыту. Руководители групп используют методики, полезные для достижения этих изменений. В успешно работающих группах произошедшие изменения распространяются на внешний мир. Одной из разновидностей групповой психотерапии является психодрама. Это такой групповой процесс, в котором используется инструмент драматической импровизации для изучения внутреннего мира клиента. Она основывается на предположении, что исследование чувств, формирование новых отношений и моделей поведения более эффективно при использовании действий, реально приближенных к жизни, чем при использовании вербализации. Интенсивность переживаний усиливается использованием разнообразных психодраматических приемов, которые облегчают выражение чувств. Психодрама привносит в психокоррекционные группы такую важную особенность, как ролевые игры по принципу здесь и теперь. Этот подход имеет разнообразные приложения, как к лечению, так и к личностному росту. Между практическими способами ведения групп в рамках психодрамы существуют различия, аналогичные различиям между групповыми подходами.

Тема 11. Бихевиорально-когнитивная психотерапия в работе с детьми и подростками.

Теоретические основы когнитивно-поведенческой психотерапии детей и подростков. Возможности и ограничения, цели применения когнитивно-поведенческой психотерапии в работе с детьми и подростками. Когнитивно-поведенческий подход как основа гармоничного воспитания ребенка. Схемы психотерапии интернализирующих расстройств (эмоциональные расстройства, в т.ч. тревожно-фобические) и экстернализирующих расстройств (агрессия, импульсивность, эксплозивность и другие нарушения поведения). Когнитивно-поведенческие терапевтические приемы, наиболее эффективные в детско-подростковой практике.

Теоретические основы когнитивной психотерапии.

Когнитивная психология появилась как ответная реакция на бихевиоризм и гештальтпсихологию. Поэтому в когнитивной психокоррекции основное внимание уделяется познавательным структурам психики и упор делается на личность, личностные конструкты и в целом на логиче-

ские способности. В основе когнитивного подхода лежат теории, описывающие личность с точки зрения организации познавательных структур.

Можно выделить следующие его особенности:

1. Основное внимание уделяется не прошлому клиента, а его *настоящему* – мыслям о себе и о мире. Считается, что знание причин нарушений не всегда ведет к их исправлению: например, если человек приходит к врачу с переломом кости, то в задачу врача входит заживление перелома, а не изучение причин, которые привели к нему.

2. В основе коррекции лежит научение новым способам мышления.

3. Широкое применение системы домашних заданий, направленных на перенос полученных новых навыков в среду реального взаимодействия.

4. Основная задача коррекции – изменения в восприятии себя и окружающей действительности, при этом признается, что знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

В когнитивном подходе можно выделить два направления:

1. Когнитивно-аналитическое.

2. Когнитивно-поведенческое.

Основные этапы работы с клиентом:

1. Диагностический.

2. Активного взаимодействия.

3. Перерыв.

4. Заключительный.

8. Основные характеристики когнитивной психотерапии.

В основе когнитивного подхода лежат теории, описывающие личность с точки зрения организации познавательных структур. Именно с ними работает психолог в коррекционном плане, причем в ряде случаев речь идет не только о нарушениях собственно познавательной сферы, но и о сложностях, определяющих проблемы общения, внутренних конфликтах и т.д. Когнитивная психокоррекция ориентирована на настоящее. Этот подход директивен, активен и ориентирован на проблему клиента, применяется как в индивидуальной, так и в групповой форме, а также для коррекции семейных и супружеских отношений.

Целями когнитивной психокоррекции являются:

– исправления ошибочной переработки информации;

– помощь клиентам в изменении убеждений, которые поддерживают неадаптивное поведение и неадаптивные эмоции.

Основные понятия, используемые в когнитивно-аналитическом направлении: «ловушки», «дилеммы», «препятствия».

Ловушки – сложные, повторяемые поведенческие шаблоны. Например, имеющееся у клиента чувство неуверенности порождает стремление продемонстрировать уверенное поведение.

Дилеммы – это стратегии поведения, построенные на альтернативном мышлении и предполагающие две взаимоисключающие формы поведения.

Препятствия – вариант поведения, при котором, ставя цель, клиент не осознает и не учитывает ее серьезности.

9. Цели и позиция психолога в когнитивной психотерапии.

Задачей психолога Д. Келли считал выяснение неосознаваемых категорий мышления (которые являются источником негативных переживаний) и обучение клиента *новым* способам мышления. Для этого он создал технику *непосредственной* коррекции неадекватных способов мышления.

Позиция психолога. Позиция психолога достаточно директивная, он – учитель, наставник.

Цель – решения актуальных проблем пациента. А также изучения мышления и поведения.

Целями Когнитивной терапии являются:

1 исправления ошибочной переработки информации и помощь пациентам в модификации, убеждений, которые поддерживают не адаптивное поведение и эмоции.

2 когнитивная терапия в начале пациент на снятия симптомов включая повидения и логическое искажения, но ее конечного целью является устранения систематических придуприждений мышления.

Не все методы психотерапии и психокоррекции, которые используются в работе со взрослыми, подходят для работы с детьми и подростками.

Хорошие результаты в работе с детьми дает использование методов когнитивно-поведенческой терапии (КПТ).

Главная идея этого подхода состоит в том, что решающим фактором для выживания организма является переработка информации. Когнитивная терапия предполагает, что проблемы возникают главным образом из-за искажений реальности, основанных на ошибочных предположениях и допущениях. Эти неверные представления возникают в результате неправильного научения в процессе развития личности. Психолог помогает клиенту найти эти искажения в мышлении и научиться альтернативным, способам формулирования своего опыта.

Цель психологической помощи в этой парадигме – создание новых условий для научения, т.е. выработка нового обусловливания и на этой основе помощь в овладении новым поведением. Частные цели включают в себя: формирование новых социальных умений, овладение психологическими целями саморегуляции, преодоление вредных привычек, снятие стресса, избавление от эмоциональных травм и т.п.

В отличие от многих других подходов, консультирование в рамках КПТ носит директивный характер, психолог выступает в роли учителя, наставника. Обычно именно дети адекватно принимают директивность психолога, так как он воспринимается ими, как представитель помогающей профессии (врач, учитель).

К общепризнанным достоинствам КПТ можно отнести эффективность, научность, структурированность, целенаправленность, отсутствие в методе мистических и эзотерических составляющих. Ни одна другая научная школа не имеет такого количества исследований, подтверждающих ее эффективность.

Имитация. Психолог предлагает ребенку подумать и вспомнить, кто, по их мнению, мог бы достойно выйти из сложившейся ситуации. Это может быть реальный человек или вымышленный герой (книги, кинофильма). Как он бы себя вел, что именно сделал? Затем ребенку предлагается воспользоваться этим образцом. Дети склонны к имитации чужого поведения, поэтому у них легко получается «примерить» чужой опыт на себя.

Экспозиция. Ребенку предлагается представить себе ситуацию, которая вызывает у него страх или тревогу. Можно использовать градуированную экспозицию, когда эмоционально нагруженная ситуация представляется ребенком в различной степени.

Выявление эмоций. Психолог помогает ребенку осознать и дать название (определить) свои эмоции. Затем важно показать, как связаны его негативные эмоции с определенными мыслями.

Выявление негативных автоматических мыслей.

Психолог учит ребенка определять свои мысли. Для этого нужно прямо спросить: «Что ты думаешь об этом?» Большинство детей хорошо справляются с этим заданием. Следующим шагом будет создание альтернативных адаптивных мыслей. Это даст возможность ребенку заменить привычные негативные мысли о ситуации на новые адаптивные. Затем можно проследить с ним связь альтернативных мыслей с другими, более функциональными.

Когнитивная реструктуризация. Когнитивная реструктуризация заключается в изучении обоснованности мыслей и убеждений с помощью вопросов, которые помогают прояснить ситуацию. Формулируя ответ на вопрос консультанта ребенок начинает сомневаться в обоснованности мысли, если она необоснованна, как часто бывает с негативными мыслями. В случае если автоматическая мысль полностью или частично обоснована, то необходимо перейти к другим методам решения проблемы.

Функциональное сравнение. Психологические проблемы часто возникают из-за необоснованного сравнения своих достижений с другими людьми. Ребенку предлагается сравнивать себя с самим собой в менее успешные периоды.

Похвальные дела. При депрессии и тревоге, других состояниях, к которым сопровождаются снижением самооценки, мысленно или письменно отмечать все дела и поступки, которые достойны похвалы, даже если они кажутся незначительными.

Отвлечение и переключение внимания. Это вспомогательные техники, которые дают временный эффект, в тех случаях, когда не получается скорректировать отношение к ситуации. Для этого выясняются различные способы, которые помогли бы именно этому ребенку, переключить свое внимание от дисфункциональных эмоций и мыслей на другой объект. Затем внимание ребенка акцентируется на этих способах снижения эмоционального напряжения.

Поведенческий эксперимент – это действие, которое позволит оценить достоверность мысли. Например, у ребенка есть убеждение «Если я попытаюсь с кем-то в школе поговорить, то никто не станет со мной общаться». Психолог предлагает ему попробовать предпринять несколько попыток общения. На случай если мысль подтвердится, заранее выясняют возможные причины этого. Если эксперимент подтверждает мысль, то при следующем обращении консультант вместе с ребенком выясняют какие у этого могут быть причины и ищут способы их устранения или возможность изменения отношения к ситуации.

Действия «как если бы». В качестве домашнего задания предлагается попробовать вести себя так, как будто уже нет дисфункционального убеждения, а есть функциональное. Для этого предварительно задаются вопросы о том, как ребенок себя в таком случае вел.

Самораскрытие. Психолог рассказывает о собственном похожем опыте и проблеме и том, как ему удалось с этим справиться.

Принятие решения. Многим подросткам трудно принять решение. Они считают, что есть только одно правильное решение, которое им неизвестно. Для того, чтобы облегчить процесс принятия решения сначала выясняются все возможные преимущества и недостатки каждого из них. А затем эти преимущества и недостатки ранжируются по значимости от 0 до 10.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (УКАЗАНИЯ) К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ

Основная цель проведения практического занятия заключается в закреплении знаний, полученных в ходе прослушивания лекционного материала.

Практические занятия проводятся в форме заслушивания докладов и обсуждения материала. Обсуждение направлено на лучшее усвоение изученного материала, освоение научных основ, эффективных методов и приемов решения конкретных практических задач, на развитие способностей к творческому использованию получаемых знаний и навыков.

Практическое занятие по данной дисциплине проводится также в форме устного опроса студентов по плану практических занятий, предполагающего проверку знаний усвоенного лекционного материала.

В ходе подготовки к практическому занятию студенту следует просмотреть материалы лекции, а затем начать изучение учебной литературы. Следует знать, что освещение того или иного вопроса в литературе часто является неполным, ориентированным в большей степени на одни разделы дисциплины, и в меньшей – на другие. Поэтому не следует ограничиваться одним учебником, научной статьей или монографией, а рассмотреть, как можно больше материала по интересующей теме, представленного в системе ЭБС.

Студенту рекомендуется следующая схема подготовки к практическому занятию:

1. Проработать конспект лекций;
2. Прочитать основную и дополнительную литературу, рекомендованную по изучаемому разделу;
3. Ответить на вопросы плана практического занятия;
4. Выполнить домашнее задание;
5. При затруднениях сформулировать вопросы к преподавателю.

При подготовке к практическим занятиям следует руководствоваться указаниями и рекомендациями преподавателя, использовать основную литературу из представленного им списка. Для наиболее глубокого освоения дисциплины рекомендуется изучать литературу, обозначенную как «дополнительная» в представленном в рабочей программе дисциплины списке.

При подготовке доклада на практическое занятие желательно заранее обсудить с преподавателем перечень используемой литературы, за день до практического занятия предупредить о необходимых для предоставления материала технических средствах, напечатанный текст доклада предоставить преподавателю.

Если при изучении отдельных вопросов возникнут трудности, студент может обратиться к преподавателю за консультацией (устной или письменной).

Таким образом, значительную роль в изучении предмета выполняют практические занятия, которые призваны, прежде всего, закреплять теоретические знания, полученные в ходе прослушивания и запоминания лекционного материала, ознакомления с учебной и научной литературой, а также выполнения самостоятельных заданий. Тем самым практические занятия способствуют получению наиболее качественных знаний, помогают приобрести навыки самостоятельной работы.

Практические занятия

Тема 1. Бихевиоризм и необихевиоризм. Предпосылки возникновения когнитивно-бихевиорального направления.

1. Понятие и предпосылки возникновения бихевиоризма. Теория Дж. Уотсона.
2. Оперантное обусловливание в концепции Б. Скиннера.
3. К. Халл: формирование гипотетико-дедуктивного подхода к изучению поведения.
4. Концепция Д. Мида.
5. Исследование социального научения (А. Бандура).
6. Теория когнитивного бихевиоризма Э. Толмена.

Тема 2. Базовые положения бихевиорально-когнитивной психотерапии. Особенности терапевтических отношений.

1. Особенности метода и история возникновения бихевиорально-когнитивного подхода.

2. Бихевиорально-когнитивная терапия, основанная на теории научения.
3. Бихевиорально-когнитивная терапия, основанная на информационных моделях психики.
4. Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) Эллиса.
5. Когнитивная терапия А. Бека.
6. Взаимодействие с клиентом и особенности терапевтического соглашения.
7. Этические и организационные стандарты бихевиорально-когнитивной психотерапии.

Тема 3. Техника бихевиорально-когнитивной психотерапии.

1. Основные стратегии бихевиорально-когнитивной терапии.
2. Базовые техники подхода, основывающегося на психологии научения.
3. Тренинг социальных навыков.
4. Техники, основанные на информационных моделях психики.
5. Тренинг решения проблем и тренинг навыков совладания.
6. Техники рационально-эмотивной терапии (РЭТ).

Тема 4. Методы диагностики и формулировка проблемы клиентов бихевиорально-когнитивной терапии.

1. Алгоритмы построения диагностического интервью в бихевиорально-когнитивной терапии.
2. Поведенческая диагностика и выявление привычных ошибочных действий.
3. Диагностика эффективных и неэффективных поведенческих паттернов.
4. Диагностика сформированности социальных навыков.
5. Когнитивная диагностика.
6. Диагностическая работа с эмоциями.
7. Правила формулировки проблемы клиента в бихевиорально-когнитивной терапии.

Тема 5. Работа с глубинными убеждениями личности.

1. Диагностическая оценка расстройств личности.
2. Когнитивные и поведенческие техники работы с глубинными убеждениями личности.
3. Деадаптивные схемы. Механизмы возникновения деадаптивных схем.
4. Техники диагностики и модификации глубинных схем.
5. Работа с переносом и контрпереносом.
6. Особенности работы с пограничным расстройством личности.
7. Особенности работы с нарциссическим расстройством личности.

Тема 6. Работа с тревогой, страхом, фобиями, паникой.

1. Базовые принципы работы с тревогой, страхом, фобией.
2. Социальная фобия и социальная тревожность.
3. Тренинг уверенного поведения.
4. Когнитивные теории паники.
5. Когнитивные техники и поведенческие эксперименты при работе с паникой.
6. Метакогнитивные техники – работа с «мыслями о мыслях».

Тема 7. Бихевиорально-когнитивная психотерапия обсессивно-компульсивного расстройства.

1. Когнитивные модели обсессивно-компульсивного расстройства
2. Диагностика обсессивно-компульсивного расстройства.
3. Разъяснение клиенту когнитивной модели обсессивно-компульсивного расстройства, мотивация, постановка целей.
4. Работа с допущениями и убеждениями, нормализация навязчивых мыслей.
5. Экспозиция и предотвращение ритуалов. Модификация магического мышления.
6. Работа с семьёй клиента, страдающего обсессивно-компульсивным расстройством.

7. Обучение выражению агрессии. Современные модели работы.

Тема 8. Бихевиорально-когнитивная психотерапия депрессии.

1. Современная биопсихосоциальная модель депрессии.
2. Диагностическая оценка депрессии.
3. Когнитивные методы работы с депрессией.
4. Работа с поведенческим компонентом, методы поведенческой активации при тяжелой депрессии.
5. Избегающее поведение, прокрастинация, перфекционизм.
6. Работа с глубинными схемами при депрессии.
7. Роль тренинга осознанности в работе с депрессией.

Тема 9. Работа с травмой.

1. Понятие травмы в бихевиоризме и когнитивной психологии.
2. Классификация психотравм и их типичные последствия.
3. Специфика детских психологических травм.
4. Психологические травмы зрелости.
5. Травма как следствие утраты.
6. Принципы, методы и техники работы с психотравмой в бихевиорально-когнитивной психотерапии.

Тема 10. Групповая бихевиорально-когнитивная психотерапия.

1. Понятие и история возникновения групповой бихевиорально-когнитивной психотерапии.
2. Особенности терапевтических отношений при работе в группе.
3. Техники групповой работы. Методы диагностики и организации взаимодействия при групповой бихевиорально-когнитивной психотерапии.
4. Групповая работа со страхами, фобиями, неразрешенными конфликтами, психотравмами.
5. Показания и противопоказания для групповой бихевиорально-когнитивной психотерапии. Преимущества и недостатки групповой формы работы.

Тема 11. Бихевиорально-когнитивная психотерапия в работе с детьми и подростками.

1. Теоретические основы когнитивно-поведенческой психотерапии детей и подростков.
2. Возможности и ограничения, цели применения когнитивно-поведенческой психотерапии в работе с детьми и подростками.
3. Схемы психотерапии интернализирующих расстройств (эмоциональные расстройства, в т.ч. тревожно-фобические).
4. Схемы психотерапии экстернализирующих расстройств (агрессия, импульсивность, эксплозивность и другие нарушения поведения).
5. Когнитивно-поведенческие терапевтические приемы, наиболее эффективные в детско-подростковой практике.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ

Для работы со студентами рекомендуют к применению следующие формы самостоятельной работы.

Работа с литературой

Важной составляющей самостоятельной внеаудиторной подготовки является работа с литературой по всем формам занятий: семинарским, практическим, при подготовке к зачетам, экзаменам, тестированию, участию в научных конференциях.

Один из методов работы с литературой – повторение: прочитанный текст можно заучить наизусть. Простое повторение воздействует на память механически и поверхностно. Полученные таким путем сведения легко забываются.

Более эффективный метод – метод кодирования: прочитанный текст нужно подвергнуть большей, чем простое заучивание, обработке. Чтобы основательно обработать информацию и закодировать ее для хранения, важно провести целый ряд мыслительных операций: прокомментировать новые данные; оценить их значение; поставить вопросы; сопоставить полученные сведения с ранее известными. Для улучшения обработки информации очень важно устанавливать осмысленные связи, структурировать новые сведения. При изучении дисциплины «Анатомия центральной нервной системы» важным вариантом кодирования информации является составление схем и таблиц. Также продуктивным является зарисовывание в тетрадь схематических изображений отделов нервной системы. В этом случае помимо вербальной (словесной), задействуется моторная память, что способствует более полному усвоению материала.

Изучение научной учебной и иной литературы требует ведения рабочих записей. Форма записей может быть весьма разнообразной: простой или развернутый план, тезисы, цитаты, конспект.

План – структура письменной работы, определяющая последовательность изложения материала. Он является наиболее краткой и потому самой доступной и распространенной формой записей содержания исходного источника информации. По существу, это перечень основных вопросов, рассматриваемых в источнике. План может быть простым и развернутым. Их отличие состоит в степени детализации содержания и, соответственно, в объеме.

Выписки представляют собой небольшие фрагменты текста (неполные и полные предложения, отделы абзацы, а также дословные и близкие к дословной записи об излагаемых в нем фактах), содержащие в себе основную идею (идеи) прочитанного текста. Выписки представляют собой более сложную форму записи содержания исходного источника информации. По сути, выписки – не что иное, как цитаты, заимствованные из текста. Выписки позволяют в концентрированной форме и с максимальной точностью воспроизвести наиболее важные мысли автора, статистические и фактологические сведения.

Тезисы – сжатое изложение содержания изученного материала в утвердительной (реже опровергающей) форме. Отличие тезисов от обычных выписок состоит в том, что тезисам присуща значительно более высокая степень концентрации материала. В тезисах отмечается преобладание выводов над общими рассуждениями. Записываются они близко к оригинальному тексту, т.е. без использования прямого цитирования.

Аннотация – краткое изложение основного содержания исходного источника информации, дающее о нем обобщенное представление. К написанию аннотаций прибегают в тех случаях, когда подлинная ценность и пригодность исходного источника информации исполнителю письменной работы окончательно неясна, но в то же время о нем необходимо оставить краткую запись с обобщающей характеристикой.

Резюме – краткая оценка изученного содержания исходного источника информации, полученная, прежде всего, на основе содержащихся в нем выводов. Резюме весьма сходно по своей сути с аннотацией. Однако, в отличие от последней, текст резюме концентрирует в себе данные не из основного содержания исходного источника информации, а из его заключительной части, прежде всего выводов. Но, как и в случае с аннотацией, резюме излагается своими словами – выдержки из оригинального текста в нем практически не встречаются.

Конспект представляет собой сложную запись содержания исходного текста, включающая в

себя заимствования (цитаты) наиболее примечательных мест в сочетании с планом источника, а также сжатый анализ записанного материала и выводы по нему.

При выполнении конспекта требуется внимательно прочитать текст, уточнить в справочной литературе непонятные слова и вынести справочные данные на поля конспекта. Нужно выделить главное, составить план. Затем следует кратко сформулировать основные положения текста, отметить аргументацию автора. Записи материала следует проводить, четко следуя пунктам плана и выражая мысль своими словами. Цитаты должны быть записаны грамотно, учитывать лаконичность, значимость мысли.

В тексте конспекта желательно приводить не только тезисные положения, но и их доказательства. При оформлении конспекта необходимо стремиться к емкости каждого предложения. Мысли автора книги следует излагать кратко, заботясь о стиле и выразительности написанного. Число дополнительных элементов конспекта должно быть логически обоснованным, записи должны распределяться в определенной последовательности, отвечающей логической структуре произведения. Для уточнения и дополнения необходимо оставлять поля. Необходимо указывать библиографическое описание конспектируемого источника.

Самостоятельная работа студентов является обязательной для каждого студента, а её объём определяется учебным планом. Формы самостоятельной работы студентов определяются содержанием учебной дисциплины, степенью подготовленности студентов.

Самостоятельная работа – одна из важнейших форм овладения знаниями. Самостоятельная работа включает многие виды активной умственной деятельности студента: слушание лекций и осмысленное их конспектирование, глубокое изучение источников и литературы, консультации у преподавателя, подготовка к практическим занятиям, экзаменам, самоконтроль приобретаемых знаний и т.д.

Изучение дисциплины следует начинать с проработки рабочей программы, особое внимание уделяя целям и задачам, структуре и содержанию курса.

Тематика заданий для самостоятельной работы включает в себя задания для самостоятельной работы.

Задания для самостоятельной работы:

1. Домашняя письменная работа «Сравнительная характеристика различных направлений необихевиоризма»
2. Подготовка сообщения по теме «Базовые положения бихевиорально-когнитивной психотерапии».
3. Подготовка сообщения по теме «Техника бихевиорально-когнитивной психотерапии».
4. Подготовка сообщения по теме «Методы диагностики и формулировка проблемы клиентов бихевиорально-когнитивной терапии».
5. Подготовка сообщения по теме «Работа с глубинными убеждениями личности».
6. Таблица «Сравнительная характеристика индивидуальной и групповой бихевиорально-когнитивной психотерапии (с указанием критериев сравнения)»