

Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский

КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ ВУЗОВ

2-е издание, переработанное и дополненное

*Рекомендовано Учебно-методическим отделом высшего образования
в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений,
обучающихся по гуманитарным направлениям*

**Книга доступна в электронной библиотеке biblio-online.ru,
а также в мобильном приложении «Юрайт.Библиотека»**

Москва ■ Юрайт ■ 2019

УДК 615.851(075.8)

ББК 53.57я73

3-23

Авторы:

Залевский Генрих Владиславович — доктор психологических наук, профессор, почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации, член-корреспондент Российской академии образования, заслуженный деятель науки Российской Федерации, профессор кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии Томского государственного университета, руководитель Балтийского научного центра Российской академии образования, супервизор Российской психотерапевтической ассоциации, член Всемирной федерации психического здоровья;

Кузьмина Юлия Викторовна — кандидат психологических наук, старший преподаватель Балтийского федерального университета имени Иммануила Канта (г. Калининград), клинический психолог;

Залевский Владислав Генрихович — кандидат психологических наук, супервизор.

Рецензенты:

Назыров Р. К. — доктор медицинских наук, профессор, ректор института психотерапии и медицинской психологии имени Б. Д. Карвасарского (г. Санкт-Петербург);

Бохан Т. Г. — доктор психологических наук, заведующая кафедрой психотерапии и психологического консультирования факультета психологии Томского государственного университета.

Залевский, Г. В.

3-23 Когнитивно-поведенческая психотерапия : учебное пособие для вузов / Г. В. Залевский, Ю. В. Кузьмина, В. Г. Залевский. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2019. — 194 с. — (Высшее образование). — Текст : непосредственный.

ISBN 978-5-534-11802-5

Представленное учебное пособие дает общий обзор эволюции современной когнитивно-поведенческой терапии, включающей «четыре волны» ее развития — с 60-х годов XX века по настоящее время, а также ее основных школ и методик. Авторы анализируют личность в контексте когнитивно-поведенческой терапии и возможность ее изменения, описывают правила этики психотерапевтического процесса и правовые вопросы, связанные с когнитивно-поведенческой терапией, а также ее нюансы и степень эффективности.

Предназначено студентам вузов, обучающимся по психологическим и социальным направлениям, а также будет полезно практикующим психотерапевтам.

УДК 615.851(075.8)

ББК 53.57я73



Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме без письменного разрешения владельцев авторских прав. Правовую поддержку издательства обеспечивает юридическая компания «Дельфи».

© Залевский Г. В., Кузьмина Ю. В.,
Залевский В. Г., 2006

© Залевский Г. В., Кузьмина Ю. В.,
Залевский В. Г., 2019, с изменениями

© ООО «Издательство Юрайт», 2019

ISBN 978-5-534-11802-5

Оглавление

Предисловие	6
Введение.....	8
Глава 1. К истории эволюции современной когнитивно-поведенческой психотерапии (СКПТ)	17
1.1. «Первая волна» в истории развития когнитивно-поведенческой терапии: роль классического обусловливания и оперантных методов научения в развитии СКПТ	17
1.1.1. Классическое реципрокное обусловливание (ответное научение)	18
1.1.2. Оперантное обусловливание (инструментальное научение)	21
1.2. «Вторая волна» в истории развития когнитивно-поведенческой терапии: сближение поведенческих и когнитивных подходов.....	28
1.2.1. Когнитивно-поведенческая модификация по Д. Мейхенбауму....	28
1.2.2. Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса (A. Ellis).....	29
1.2.3. Когнитивная терапия А. Бека (A. Beck).....	35
1.2.4. Когнитивно-социальные теории научения.....	40
1.2.5. Другие методы социально-когнитивного научения	46
1.2.6. Правила (девизы) когнитивно-поведенческой психотерапии	49
1.3. «Третья волна» в эволюции когнитивно-поведенческой терапии: в фокусе эмоции, отношения, интеракции, темы ценностей и смыслов, духовность, осознание и принятие.....	61
1.3.1. Когнитивно-поведенческая терапия и потенциалы ее развития.....	61
1.3.2. Когнитивная терапия, основанная на осознанности, — Mindfulness Based Cognitive Therapy (Segal et al., 2002)	61
1.3.3. Терапия принятия и ответственности — Acceptance and Commitment Therapy, АСТ (Hayes et al., 1999).....	62
1.3.4. Диалектико-поведенческая терапия — Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1996)	65
1.3.5. Схема-терапия — Schemata Therapy (Young, 1990)	66
1.3.6. Метакогнитивная терапия — Metacognitive Therapy (Clark Wells, 1994).....	67
1.3.7. Самоменеджмент-терапия по Ф. Кэнферу, Г. Райнеккеру, Д. Шмельцеру (F. Kanfer, H. Reinecker, D. Schmelzer, 1991)	68
1.3.8. Личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия (Б. Д. Карвасарский, Г. Л. Исурина, В. А. Ташлыков, 1998).....	70

1.4. «Четвертая волна» в истории развития когнитивно-поведенческой терапии: интегративные тенденции — от технического эклектизма к концептуальной интеграции (к транстеоретической психотерапии)	72
1.4.1. От «первой» до «четвертой волны» в развитии СКПТ	72
1.4.2. Когнитивно-поведенческая терапия как пример интеграции психотерапевтических подходов и перспективы ее дальнейшего развития	74
Глава 2. Методы современной когнитивно-поведенческой терапии.....	81
2.1. Методы на основе классического реципрокного обусловливания	81
2.2. Методы на основе оперантного обусловливания.....	90
2.2.1. Методы формирования поведения.....	96
2.3. Когнитивные и социально-когнитивные методы психотерапии	97
2.3.1. Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) А. Эллиса (A. Ellis).....	97
2.3.2. Когнитивные методы терапии, предложенные А. Беком	99
2.3.3. Другие когнитивные и социально-когнитивные методы терапии	101
Глава 3. Личность в контексте современной когнитивно-поведенческой терапии	116
3.1. К определению понятия личности в контексте СКПТ	116
3.2. Можно ли изменить личность?	117
3.3. Подходы к проблеме изменения поведения личности в процессе СКПТ.....	123
3.4. Проблемы мотивации клиента к изменениям	128
3.5. Внутренняя картина актуального состояния здоровья (ВКАСЗ)	133
3.6. Фиксированные формы поведения как барьеры изменения личности в психотерапевтическом процессе.....	135
Глава 4. Другие аспекты современной когнитивно-поведенческой терапии	148
4.1. Клиент-психотерапевт отношения	148
4.2. Когнитивно-поведенческие методы терапии детей.....	152
4.3. Оценка эффективности когнитивно-поведенческой психотерапии.....	154
4.4. Ограничения и ловушки когнитивно-поведенческой психотерапии.....	157
4.5. Супервизия в системе подготовки и повышения квалификации по СКПТ.....	158
4.6. Этика в когнитивно-поведенческом психотерапевтическом процессе	165
4.7. Правовые вопросы современной когнитивно-поведенческой терапии	166
Приложение 1	171
Приложение 2. Опросник структурного профиля (Лазарус А., 2001. С. 222—223).....	173

Приложение 3. Томский опросник ригидности Г. В. Залевского (ТОРЗ)	175
Приложение 4. Темы рефератов	185
Приложение 5. Контрольные вопросы.....	187
Библиография.....	189

Предисловие

Необходимость в подобном учебном пособии ощущалась уже давно, с тех пор, как когнитивно-поведенческая терапия фактически оформилась в самостоятельную ветвь психотерапии — это 60—70-е гг. XX в. Но особо остро такая необходимость стала очевидной в последние десятилетия, когда, во-первых, в нашем отечестве начало лавинообразно расти число выпускников-психологов и психотерапевтов при разных формах высшего психологического и медико-психологического образования; во-вторых, к имевшемуся нередко не востребовавшему или неизвестному психотерапевтическому опыту у нас прибавился исключительно бурно импортируемый поток огромного числа психотерапевтических технологий и методов, нередко псевдонаучных, и потому трудно различаемых отечественным потребителем, что есть что; и в-третьих, непосредственное длительное и глубокое личное знакомство, в том числе и авторов данного пособия с соответствующей литературой и опытом работы психотерапевтов в англоязычных и германоязычных странах, а также с метаисследованиями, посвященными проблеме психотерапевтической эффективности (Grawe, 1994), убедило специалистов и потребителей в высокой эффективности современной когнитивно-поведенческой (бихевиорально-когнитивной, поведенческой и когнитивной) психотерапии. Более того, многие годы (1993—2018) нашего тесного сотрудничества с поведенческими и когнитивными психотерапевтами Германии (Институт повышения квалификации по клинической поведенческой терапии г. Марбурга, Германия), проведение совместных симпозиумов и семинаров в городах Штуттгарте, Касселе (Германия) и в городах Томске, Барнауле, Владивостоке, Улан-Удэ, Красноярске, Иркутске, Ангарске, Братске, Белокурихе, Калининграде (Россия) также убедили авторов в необходимости написания данного учебного пособия. В его основу легли накопленный авторами опыт когнитивно-поведенческого терапевта и супервизора, а также читаемый ими на психологических факультетах университетов Томска, Барнаула, Калининграда курса «Современная когнитивно-поведенческая терапия и консультирование».

Авторы выражают признательность немецким коллегам, дипломированным психологам и когнитивно-поведенческим психотерапевтам Петеру Шюлеру (Марбург/Лан) и Эльмару Хеверу (Кассель), общение и многолетнее сотрудничество с которыми в большой мере способствовали приобщению их к теории и практике когнитивно-поведенческой

терапии и помогли в написании данного учебного пособия. Признательны авторы и профессору Б. Д. Карвасарскому, общение с которым и труды которого в области медицинской психологии и психотерапии оказали большое влияние на формирование психотерапевтических интересов авторов.

Авторы рассчитывают на конструктивную критику их труда, которая бы способствовала совершенствованию учебного пособия в дальнейшем.

Для овладения компетентностью в области когнитивно-поведенческой терапии нужно:

знать

- особенности и принципы когнитивно-поведенческой терапии, отличающие ее от других психотерапевтических направлений и школ;
- эволюцию и перспективы ее дальнейшего развития;

уметь

- приложить принципы и правила когнитивно-поведенческой терапии к практике психотерапевтического процесса;

владеть

- методами, методиками и приемами когнитивно-поведенческой терапии.

Введение

Современная когнитивно-поведенческая терапия (СКПТ) — это одно из современных направлений психотерапии и психологического консультирования. За более чем пять десятилетий в рамках этого направления было разработано много разных приемов, методик и методов, которые открыли новые возможности психотерапии и психологического консультирования. Следует сразу оговориться, что в данном случае мы не делаем различий между «более элитным» термином «психотерапия» и «менее элитным» термином «консультирование» (Нельсон-Джоунс, 2000. С. 16), соглашаясь с тем мнением, что существенных различий между этими понятиями не существует, поскольку практика оказания психологической помощи их очень сближает.

Итак, прежде всего необходимо дать некоторые разъяснения к самому понятию «современная когнитивно-поведенческая терапия» в целом и составляющим ее понятиям, особенно понятию «поведение».

Из известных по специальной литературе обозначений «бихевиоральная», «поведенческая», «когнитивная», «когнитивная и поведенческая», «когнитивно-поведенческая» терапия можно было бы отдать предпочтение последнему, поскольку оно отражает очень важную — интегративную — характеристику этого направления психотерапии, как результату исторического развития бихевиоральной (поведенческой) и когнитивной терапии самих по себе, с одной стороны, и их движения навстречу друг другу — с другой. Но поскольку так случилось, что исторически первой заявила себя бихевиоральная (поведенческая) терапия, а затем в ее недрах и за ее пределами в результате так называемого когнитивного поворота или когнитивной революции в психологии в 60-е гг. прошлого столетия начала довольно бурно развиваться когнитивная терапия, то мы считаем исторически более справедливым данное психотерапевтическое направления обозначить как бихевиорально- или поведенчески-когнитивную терапию, но пользоваться будем скорее общепринятым термином — «когнитивно-поведенческая терапия». В конце 1950-х гг. появились первые работы, которые сегодня считаются начальными шагами поведенческой терапии. На то время терапевтическая практика была завоевана почти полностью глубинными психологическими школами. Фрейд — изобретатель психоанализа — и вместе с ним его ученики по сути дела создали собственную психологию. На этой основе они пытались помочь психически больным людям, преимущественно с невротическими расстройствами. Первые

бихевиорально-терапевтические работы были построены совершенно на другой основе. Их авторы использовали методы и результаты экспериментальной психологии, которые были разработаны много десятилетий назад в лабораториях и осваивались в вузах, чтобы отграничить себя от глубинно-психологических направлений, которые были известны под названием «психотерапия». Предлагаемые ими методы и способы психологической помощи были обозначены понятием «бихевиоральная (поведенческая) терапия», которое вначале вызвало много путаницы. Оно спровоцировало предположение, что речь идет только о поверхностных (связанных с поведением в смысле известной формулы «стимул — реакция») способах решения человеческих проблем, при которых не учитываются их причины. Подозревали, что речь идет о своего рода «дрессуре», с помощью которой пытаются избавиться от плохих привычек. Такое представление (позже стало широко известным) было ошибочным, особенно в приложении к современной когнитивно-поведенческой терапии и консультированию.

Современная когнитивно-поведенческая терапия в понимании поведения в созвучии с научной психологией исходит из того, что у человека в любой жизненной ситуации лидируют три важные системы.

Телесно-эмоциональная система: в организме человека протекают сложные процессы (например, ускоряется или замедляется работа сердца), которые имеют большое значение при психических проблемах, поскольку являются важной составной частью наших чувств и эмоций.

Мыслительная или когнитивная система: мы постоянно оцениваем ситуацию, в которой находимся, связываем ее с некоторыми воспоминаниями о прошлых событиях, с ожиданиями, которые ориентированы на будущее. При этом у нас есть принципы, нормы, установки, которые тоже играют важную роль и обуславливают наше поведение.

Двигательная (речедвигательная) система: мы двигаемся, реагируем, действуем, предпринимаем что-то или ведем беседу с кем-то (Hoffmann, 1992. S. 8—9).

Исходя из этого под поведением понимается *постоянная совместная игра этих систем в конкретных жизненных обстоятельствах*. У человека все три системы активны одновременно, хотя в зависимости от ситуации случается, что какая-то из них оказывается на переднем плане. Так, например, при игре в теннис двигательная система является самой важной, но одновременно игрок пытается размышлять и о стратегии. Он также что-то ощущает в зависимости от того, как проходит игра, испытывает чувство радости или разочарования, которое наступает параллельно с разными характерными физическими изменениями. Или, например, если кто-то решает сложные математические задачи, то в первую очередь использует мыслительные компоненты, но находится нередко и в состоянии повышенного эмоционального напряжения (телесно-эмоциональная система). При таком взгляде понятие «поведение» охватывает все аспекты душевного процесса: человек думает, чувствует, действует. Во взаимодействии и вза-

имовляянии этих компонентов или систем поведения и состоит полнота его жизни. Если одна или больше из этих систем нарушается или их совместная игра плохо функционирует, тогда возникают душевные проблемы, или психические расстройства. Такое понимание поведения, где не разрывается внутреннее и внешнее, личность и ее поведение, мы находим уже у Жане (Janet P. L., 1929). Он пишет, что для него акт — это и мысль, и чувство, и отношение, и собственно действие. В согласии с приведенным выше пониманием поведения можно определить поведение как психологическую реальность, которая, как мостик, связывает, выражаясь терминологией Л. С. Выготского, «тело организма» с «телом культуры», связывает иррическое (земное) с ноэтическим (духовным). Личность человека и есть этот мостик, реализующий способность человека к неограниченному инстинктами поведению, к «движению от иррического к ноэтическому и обратно» (Залевский Г. В., 2009, 2013, 2019).

Современная когнитивно-поведенческая терапия в результате серьезных сравнительно-экспертных оценок эффективности разных форм психотерапии (Grawe et al., 1985, 1994) отнесена к одной из наиболее эффективных из них, особенно в пролонгированной оценке.

Завершая свое понимание термина «современная бихевиорально-когнитивная терапия», отметим, что определение «современная» означает наше представление о ней как о когнитивно-поведенческой терапии сегодня.

Заблуждения и предубеждения относительно СКПТ. О современной когнитивно-поведенческой терапии говорит и Граве (Grawe, 1997), хотя и берет слово *moderne* в кавычки. Но и сегодня существует целый ряд заблуждений и предвзятых суждений относительно когнитивно-поведенческой терапии. К ним, как считает Гоффманн (Hoffmann, 1992. S. 102—109), можно отнести следующие суждения:

- она располагает очень простой картиной человека;
- анализ связей пациента со средой осуществляется преимущественно на уровне одного лишь поведения;
- она лечит следствия — симптомы — и не пытается воздействовать на причины;
- хотя она и устраняет симптомы, на их место вступают другие;
- поведенческий терапевт авторитарен и манипулирует пациентом;
- поведенческие терапевты имеют только одну программу;
- сильные эмоциональные переживания (например, при страхах, психических травмах и т. п.) опасны для пациентов;
- чувства и мысли пациентов игнорируются, не учитываются особенности их личности;
- использование медикаментов принципиально несовместимо с бихевиоральной терапией.

Марграф (Margraf, 1996. S. 27) пишет в этой связи о «недоразумениях, которые цепко держатся за жизнь», а Вольпе (1998. С. 258) говорит

о «серьезной ошибке полагать, что бихевиоральные психотерапевты считают, что субъективные процессы, происходящие внутри пациента, не имеют значения; что важно, мол, лишь то, как он себя ведет».

Мы не будем в этом месте пытаться опровергать эти заблуждения и недоразумения, лучше, если это сделает сам читатель, ознакомившись с современной когнитивно-поведенческой терапией поближе, читая внимательно эту книгу, а также знакомясь с другими источниками.

Особенности СКПТ и ее отличия от других психотерапий. Сейчас мы остановимся, во-первых, на тех существенных признаках этого направления психотерапии и консультирования, которые демонстрируют его отличие от других направлений, а также позволяют говорить о том, что сегодня мы действительно имеем дело с современной когнитивно-поведенческой (бихевиорально-когнитивной) терапией, и, во-вторых, приведем доказательства, основанные на масштабных исследованиях, сравнивающих эффективность большинства ныне известных психотерапевтических подходов и методов, того, что «современная бихевиоральная (когнитивно-поведенческая) терапия вне сомнения, на сегодняшний день со значительным опережением представляет собой наиболее надежную форму психотерапии» (Margraf, 1996. S. 19).

Такая надежность и эффективность обеспечивается комплексом ряда характеристик современной когнитивно-поведенческой терапии. Например, Гоффманн (Hoffmann, 1992. S. 16—22) выделяет семь таких характеристик.

1. *Ориентирована на конкретного человека.* В центре внимания стоит человек с его особенностями, проблемами, слабостями, но также и с его способностями и сильными сторонами. Слабости и дефициты, которые отражаются в соответствующих симптомах, таких, как страх, депрессия, должны быть скорректированы, и пациент должен научиться расширять и использовать свои сильные стороны и способности при преодолении своих жизненных проблем, трудностей. Исходным пунктом терапии является актуальная ситуация пациента, т. е. проблемы, имеющие место в настоящий момент. При этом не должны быть упущены из вида следующие пункты.

А. Каждый человек имеет совершенно индивидуальную историю. В прошлом (в детстве) он, конечно, был подвержен влияниям, которые имеют для сегодняшнего поведения решающее значение. Однако такие изменения, как устранение страхов или формирование выдержки, терпения при работе, должны происходить *здесь и теперь*.

Б. Кроме того, как известно, человек является частью своего окружения (поведения людей вокруг него, материальной ситуации и т. д.). Поэтому всегда нужно учитывать и иметь в виду то, какую роль играет актуальная среда в возникновении и преодолении трудностей человеком.

В. Как анализ проблем (поведенческий анализ), так и постановка терапевтических целей, собственно психотерапия, ориентируют-

ся на своеобразные актуальные и прошлые условия жизни пациента. В поведенческой терапии не существует рутины механических процессов.

2. *Осуществляется пошагово.* Люди изменяются не сразу, и для этого необходим постепенный процесс обучения, поэтому поведенческая терапия предпочитает такой пошаговый процесс. При этом вначале имеет место стремление провести самые необходимые изменения, и движение идет от простого к сложному. Например, терапевтические цели в самой ближайшей перспективе, если пациент жалуется на то, что он испытывает страх перед экзаменами, что ему ничего не хочется делать в плане подготовки к экзамену, — это изменение режима дня, а отдаленные цели — развитие способности к большей активности. Благодаря этому клиент/пациент не чувствует себя перегруженным ни в какой момент терапии, и дальнейшие шаги могут строиться на основе уже достигнутого.

3. *Понятна для клиента.* Как при определении проблем, так и при выборе цели и подходящих методов терапии пациент должен максимально участвовать в рассуждениях терапевта. Он информирован в любое время, над чем и какими методами осуществляется терапия. Терапевт подбадривает его и стимулирует говорить подробно о сомнениях, неуверенности, неопределенностях в терапии. Он должен научиться самостоятельно анализировать свои трудности и их устранять. Махони (Mahoney, 1976) — известный поведенческий психотерапевт — считает, что каждая терапия должна приводить к тому, чтобы пациент становился ученым-исследователем собственной личности, самого себя. Он должен быть всегда лучшим «разрешителем проблем», который в состоянии быть полезным как себе, так и другим, готовым проникать максимально глубоко в свою жизненную ситуацию и ее преодолевать.

4. *Активизирует клиента.* Нередко мотивация нашего пациента на терапию может быть очень хорошей, но в то же время он может быть настроен играть пассивную роль. Это означает, что он готов позволить терапевту себя лечить (иногда в таких случаях говорят о «потребности в ремонте», которую многие люди нередко демонстрируют при терапии). У них что-то испортилось, что терапевт должен отремонтировать. Поведенческие терапевты стараются эту понятную, но не прогрессивную позицию преодолеть как можно раньше. Они стимулируют пациента активно сотрудничать в каждой фазе терапии, пытаются активизировать свои навыки и сильные стороны и использовать это для своего терапевтического блага.

5. *Ориентируется на психологию как науку.* Попытка помочь человеку при преодолении его душевных проблем, конечно, требует теоретического обоснования. На этом основывается как появление нарушений, так и соображение относительно их преодоления. Поведенческая терапия ориентируется на психологию, в которой десятилетия работало много теорий и принципов, объясняющих, как функционирует

душевная жизнь. Особенно полезные указания дают так называемые теории научения/обучения, которые исследуют, как изменяется человеческое поведение под влиянием различных условий. Также исследование процессов мышления, когнитивная психология, психология эмоций и чувств, социальная психология, которая исследует межчеловеческие отношения, и многие другие направления дают много ценной информации.

При описании типичных когнитивно-поведенческих терапевтических процедур мы будем видеть, что некоторые методы направлены на изменение двигательного поведения, другие пытаются скорректировать неправильный ход мыслей человека, которые при определенных болезнях играют, несомненно, важную роль. При названных выше подходах или методах говорят также о когнитивных технологиях. Именно они играют в современной поведенческой терапии большую роль.

6. *Прибегает к проверенным приемам и методам.* Никакая психотерапия не имеет права экспериментировать с человеком. В этой области есть много приемов, которые считаются хорошими, но влияние которых никогда не проверялось. Более того, не только медикаменты, но и форма общения, форма взаимодействия с человеком могут иметь больше вредных, побочных действий, чем позитивных эффектов. Поведенческая терапия претендует на то, чтобы использовать такие методы, которые имеют однозначно позитивное влияние. Если терапия индивидуально ориентирована, то и отдельные методы должны гарантировать свою эффективность.

7. *Учитывает индивидуальные особенности клиента.* Кэнфер (Kanfer et al., 1991) — известный американский и немецкий представитель когнитивно-поведенческой терапии — сформировал очень важный терапевтический тезис, который он обозначает как «принцип минимального вторжения». Он требует, чтобы в жизнедеятельность пациента вторгались в такой степени, какая требуется, чтобы освободить его от душевных расстройств. Терапия не должна становиться политической или мировоззренческой доктриной. Что отдельный терапевт считает важным и правильным, то не обязательно должно навязываться пациенту. Он иногда требует помощи в определенных областях своей жизни. Вообще-то он остается автономным индивидом, личность которого следует уважать.

Лайрайтер (Laireiter, 1995. S. 131) дает более развернутую картину «ядерных» признаков когнитивно-бихевиоральной терапии.

1. *Познавательные, научно-теоретические и методологические признаки:*

- стремление к идеалу точности естественных наук;
- опора на критический рационализм и аналитическую философию;
- ориентация на опыт как на исследовательскую методологию;
- более терпимое отношение к ментализму, феноменологии и герменевтике как познавательным методам.

2. Психологические признаки:

- первичная ориентация на поведение человека (при многомерном понимании поведения) и его наблюдаемые действия и интеракции;
- ориентация на методологический бихевиоризм;
- ориентация на принципы и результаты эмпирической психологии;
- ориентация на эмпирически контролируемые и выходящие из эмпирической психологии личностные и развивающие модели;
- экономное обращение с теоретическими абстракциями и метафизическими представлениями о человеке.

3. Патолого-теоретические принципы:

- относительность понятий «здоровый» и «больной»;
- психические расстройства и проблемы в их возникновении и фиксации/сохранении, как и «скрытое поведение», детерминированы теми же самыми закономерностями и принципами;
- опора на эмпирически-ориентированное этиологическое исследование (общие и специфические модели расстройств).

4. Терапевтически-ориентированные принципы:

- терапия есть динамический, по времени ограниченный процесс решения проблем, который в интерперсональной форме и в различных фазах осуществляется с целью оказать влияние на изменение переживаний, поведения и межличностных отношений клиента или пациента;
- ориентация на этиологические модели изменения (общие и патолого-специфические принципы изменения и терапевтические действия; дифференциальная индикация);
- акцент на научение и механизмы научения как движущие силы (активное начало);
- социальные процессы влияния в отношениях между терапевтом и клиентом — «мотор» и «транспортное средство» введения в действие процессов научения;
- ориентация на научный метод и экспериментальную процедуру («терапия является научно-прикладным экспериментом», «терапия есть интервенция»).

5. Практические действия:

- ориентированность на проблему;
- целенаправленность;
- ориентированность на будущее;
- плановость;
- направленность теорий и гипотез;
- структурированность;
- кооперированное, ориентированное на задачу, взаимодействие терапевта и клиента (рационально обоснованное и оправданное действие);
- контроль и оценка действия и эффекта (экспертиза и контролируемая практика).

Кэнфер и Шмельцер (Kanfer, Schmelzer, 2001. S. 29—30) считают, что «сегодняшняя поведенческая терапия» (*die heutige Verhaltenstherapie*) отличается, если обобщить все возможные характеристики, следующими шестью особенностями.

1. *Высшая цель*: ориентация на «самоменеджмент» — стать сам себе психотерапевтом или научиться помогать самому себе.

Важный инструмент: овладение навыками и умениями организации жизни, анализа и решения проблем. Клиенты/пациенты работают и решают свои проблемы вместе с психотерапевтом, так как это *их* терапия, речь идет об *их* целях и *их* жизни.

Терапия происходит открыто и доступна для пациента.

Фокус: действительная жизнь «за пределами».

2. *Объемное понятие поведения*. Важными являются как внешнее наблюдаемое поведение, так и внутренние процессы: мысли, чувства и биолого-телесные реакции.

Биологические, психические и социальные факторы всегда действуют вместе (биопсихосоциальная модель).

3. *Максимально возможная близость к науке*. Являются значимыми все закономерности, правила и данные исследований психологических основ. Применяются фундированные концепции и поддающиеся проверке эффективные техники/методы. Работа психотерапевтов созвучна актуальному состоянию их «цеха». Ясные, конкретные описания всех процессов помогают при контроле эффективности.

4. *Терапия как активный процесс научения и изменения*. Чему научился, тому можно и разучиться/отучиться; можно обучиться новому или переучиться.

Научение в процессе активной работы с проблемой (ориентированное научение на опыт часто более эффективное, чем научение через инсайт).

Улучшения осуществляются через систематические изменения.

Оптимальная пошаговая организация терапии через модель решения проблем.

Ориентированный на результат процесс (наблюдение за развитием; затем в зависимости от результата: так продолжать дальше или изменить путь?).

5. *Доверительное отношение между терапевтом и пациентом*. Хорошие рабочие отношения являются необходимым (но недостаточным) фундаментом психотерапии.

6. *Роль терапевтов*. Терапевты являются ассистентами/помощниками изменений, сопровождающими решение проблем, и посредниками в развитии способностей, дают информацию, побуждения и толчки (не беря на себя проблемы и не решая их за пациентов). Терапевты проявляют вначале много понимания, оказывают поддержку и курацию; в процессе терапевтической динамики они все больше передают инициативу и ответственность своим пациентам.

Завершая эту объемную характеристику современной когнитивно-поведенческой терапии, хочется солидаризироваться с известными американскими и немецкими психотерапевтами в ее оценке, говоря о «трех больших буквах W», с которых начинаются три фундаментальные характеристики СКПТ.

1. Wissenschaftlichkeit — Научность.
2. Wirksamkeit — Действенность.
3. Wirtschaftlichkeit — Экономичность.

Рис. 1. Три больших W der Kognitiv-Verhaltenstherapie
(Kanfer, Reinecker, Schmelzer, 1991).

К этим характеристикам современной когнитивно-поведенческой терапии следует отнести и то, что она находится в постоянном развитии (*Weiterentwicklungsbereitschaft*), стремится к интеграции с другими психотерапевтическими подходами (Margraf, 1996). Об этом свойстве когнитивно-поведенческой терапии пишет и Вольф-Ульрих Шольц (Wolf-Ulrich Scholz, 2001). Об этом будет идти речь несколько ниже.

Поскольку дефиниция когнитивно-поведенческой терапии, как справедливо указывает Марграф, должна охватывать достигнутую на данный момент теоретическую и методическую широту общего подхода, учитывать, несмотря на растянутость границ, характеризующие ее специфические моменты, а также допускать ее развитие в будущем, то он предлагает понимать бихевиоральную терапию не как терапевтическую школу или группу методов, а как «психотерапевтическую базовую ориентацию», предлагая следующее довольно широкое определение современной когнитивно-поведенческой терапии.

«Бихевиоральная (читай, когнитивно-поведенческая. — *Прим. авт.*) терапия является основывающейся на эмпирической психологии психотерапевтической базисной ориентацией. Она охватывает специфические по расстройству и неспецифические терапевтические методы, которые, исходя из достаточно твердых знаний патологии и психологических изменений, направлены на систематическое улучшение терапируемой проблематики. Мероприятия преследуют конкретные и операционализированные цели на различных уровнях поведения и переживания, исходят из диагностики расстройства и анализа проблемы, направлены на predisponierende, вызывающие и (или) sдерживающие изменения проблемы. Находящаяся в постоянном развитии бихевиоральная терапия претендует на эмпирически гарантированную эффективность» (Margraf, 1996. S. 3).

Глава 1

К ИСТОРИИ ЭВОЛЮЦИИ СОВРЕМЕННОЙ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ (СКПТ)

1.1. «Первая волна» в истории развития когнитивно-поведенческой терапии: роль классического обусловливания и оперантных методов научения в развитии СКПТ

Любое направление психотерапии неизбежно опирается на фундамент психологических достижений, как бы к этому ни относились их создатели. Сторонники современной когнитивно-поведенческой терапии (СКПТ) этот факт признают безоговорочно. Это психологическое фундирование современной КПТ на пользу практике и пациентам, так как психотерапевт может опереться на широкий спектр психологических теорий. Ограничение специальными теоретическими представлениями на основе определенных предпочтений (например, только теориями научения классического типа или только когнитивными теориями) не считается ведущим к цели. К «рациональному корпусу психологии», лежащему в основе СКПТ и ждущему своего часа, относятся фактически все области психологии. Но, видимо, следует особо выделить психологию научения и развития, психологию личности, психопатологию, психологическую эпидемиологию и психологию жизненных событий, когнитивную и социальную психологию и их отдельные области (стратегию решения проблем, ролевые теории, теорию предрасудков, теорию фиксированных форм поведения и т. д.). На некоторых сферах из этого «корпуса психологии» как основания СКПТ мы остановимся подробнее.

История современной когнитивно-поведенческой терапии особенно тесно связана с психологией научения. При рассмотрении развития теории поведения и поведенческой терапии можно выделить целый ряд аналитических моделей, при этом следует учесть, что ни одна из этих моделей не притязает на исчерпывающее основание объяснения че-

ловеческого поведения и его нарушения. Мы должны по существу исходить из «потока человеческого сознания» (Джемс В., 1902). Каждая схема анализа пытается выхватить специальные признаки поведения и с целью анализа разложить на составные части. Экспериментальные находки по классическому и оперантному обусловливанию послужили основанием для развития моделей возникновения психических расстройств и методов психотерапии (интервенции). В последующем были также учтены принципы модельного научения и передачи знаний. С сегодняшних позиций можно обобщить все формы научения понятием «переработка информации». Научение происходит в том случае, если индивид получает значимую информацию о наличии внешних или внутренних условий, которые оказывают влияние на его дальнейшее самочувствие, мыслепроцессы, поведение и (или) физиологические реакции (Margraf, 1996. S. 54).

Ниже мы попытаемся представить накопившиеся в литературе, прежде всего в зарубежной (Reinecker, 1996), данные о развитии модельных представлений об основаниях СКПТ — от простых моделей до системных динамических моделей.

1.1.1. Классическое реципрокное обусловливание (ответное научение)

Исходной точкой для гипотезы (модели) о том, что страх появляется в результате ассоциирования изначально нейтрального стимула с безусловным аверсивным (негативным) стимулом, явились работы И. П. Павлова (Pavlov I. P., 1927). Особенно известным стал в этой связи эксперимент Уотсона и Районда (Watson, Rayond, 1920), в результате которого был вызван страх у 11-месячного мальчика Альберта перед любимой до того белой крысой. Маленький Альберт вначале не испытывал никакого страха перед ней. Страх у него появился (он ему научился) после того, как за его спиной в тот момент, когда он тянулся к животному, чтобы погладить его, раздавался многократно неприятный и неожиданный шум. Перед нами типичный пример наученного (приобретенного) патологического поведения (фобии), в основе которого лежит механизм так называемого классического обусловливания, который выявил и описал в своих знаменитых экспериментальных исследованиях на животных (собаках) И. П. Павлов (рис. 2).

Как известно, он изучал способность животных к образованию ассоциаций при совпадающем по времени и пространстве (контингентных) предъявлении различных стимульных пар: безусловного стимула (БС) — пищи, питья и т. д., и условного стимула (УС) — света, звука, предмета, слова. При этом выяснялось, каким образом определенный нейтральный раздражитель (условный стимул) через связь с биотическим раздражителем (безусловным стимулом) берет на себя функцию запускающей реакцию (поведение). Таким образом центральным признаком этой модели явился принцип «стимульной субституции (замены)».

1. БС (пища) → БР (выделение слюны и еда)
2. УС (звук, свет) + БС (пища) → БР
3. УС (звук, свет) без БС → УР (выделение слюны и еда)

Рис. 2. Модель S-R-научения (по Павлову И. П., 1927)

Итак, через какие процессы можно объяснить эффекты классического обусловливания? Изначальные объяснения основывались на традициях рефлексологии и утверждали, что вначале нейтральные стимулы через пространственную или временную близость с безусловным стимулом приобретают способность вызывать реакцию. Пища в опытах с собаками или шум в эксперименте с маленьким Альбертом представляют собой безусловный раздражитель или стимул (БС), который в одном случае вызывает пищевую реакцию (выделение слюны), а в другом — реакцию страха (вздрагивание, плач, отдергивание руки). Тем самым контроль над реакциями (поведением) переходит от безусловного стимула (БС) к условному стимулу (УС).

Для образования условной реакции (рефлекса) необходимы:

- а) соответствующее соматическое состояние организма (здоровье, потребности, тип нервной системы и т. д.);
- б) временной или пространственный фактор;
- в) особенности самих раздражителей (например, насколько нейтральным является условный стимул и т. д.).

В связи с необходимостью учета первого условия (а) S-R-модель была расширена с помещением между ними «организма» (О) (рис. 3).

$$S \rightarrow O \rightarrow R$$

Рис. 3. S-O-R-модель (Tolman, 1932)

В изначальном понимании классического обусловливания ситуативные условия (релизеры) считались решающими детерминантами поведения и обучения. Усилия исследователей были направлены, в первую очередь, на характеристики стимулов и на взаимосвязи с поведением организмов (генерализацию, дискриминацию и т. д.). Задача психотерапии, согласно этой модели, состояла в ослаблении или разрыве выученной ассоциации (например, через создание тормозного потенциала при систематической десенсибилизации).

Провозвестниками бихевиоральной терапии, т. е. применения принципов научения для корректировки неадекватного поведения, в том числе систематической десенсибилизации, считаются исследования Мэри Ковер Джонс (М. С. Jones). Она провела их почти за 50 лет до того (1924), как эта методика приобрела широкую популярность. Дело в том, что *Watson and Rayond* (1920) продемонстрировали правильность своей теории о выработке эмоциональных реакций с помощью условных рефлексов в эксперименте с 11-месячным Альбертом, которого приучили бояться белой крысы, до эксперимента он такого страха не испы-