

Лекция №9. Когнитивно-поведенческая психотерапия (часть 3).

Когнитивная психотерапия Бека.

Основная теоретическая концепция.

Когнитивно-поведенческий подход представляет собой одно из 3 наиболее влиятельных и возможно самое влиятельное и перспективное направление современной мировой психотерапии, причем его прогресс обусловлен, в первую очередь, дальнейшим развитием когнитивной составляющей, прежде всего, когнитивной психотерапии Бека и рационально-эмотивная психотерапия Эллиса.

Личность, по Беку, формируется когнитивными схемами, или когнитивными структурами, которые представляют собой базальные убеждения (позиции). Эти когнитивные схемы начинают формироваться в детстве на основе личного опыта и идентификации со значимыми другими. Люди формируют концепции о себе, других, о том, как функционирует мир. Эти концепции подкрепляются дальнейшим опытом научения и, в свою очередь, влияют на формирование других убеждений, ценностей и позиций, и определяют поведение.

Схемы являются устойчивыми когнитивными структурами, которые становятся активными, когда включаются специфическими стимулами, стрессорами или обстоятельствами и определяют эмоциональное и поведенческое реагирование человека. Эти убеждения с точки зрения Бека могут быть адаптивными или дисфункциональными, т.е. способствовать адаптации или затруднять ее. Термин неадаптивная когниция относится к любым мыслям, образам, вызывающим неадекватные болезненные эмоции и затрудняющие решение какой – либо проблемы (осложняющее поведение).

В течение жизни, также в процессе научения у людей формируется также набор шаблонов восприятия и переработки информации, а также приемов совладания (копинга) с нежелательными поведенческими реакциями и психическими состояниями в стрессогенных ситуациях.

У каждого человека в когнитивном функционировании может быть свое слабое место – «когнитивная уязвимость», которая располагает его к психологическому стрессу. Эти «уязвимости» относятся к структуре личности.

Эмоциональные реакции и психические расстройства А. Беком рассматриваются как опосредованные когнитивными структурами и актуальными когнитивными навыками, приобретенными в прошлом.

Главная концепция когнитивной терапии состоит в том, что решающим фактором для выживания (адаптации) организма является переработка информации. Конкретные способы приема и обработки информации не даются от рождения, они возникают в результате научения в процессе познавательного, когнитивного развития личности.

На разных стадиях когнитивной переработки информации в результате неправильного опыта научения возможны нарушения (искажения), которые специфичны или характерны для определенных патологических состояний. Например, это могут быть специфические нарушения в избирательности восприятия или в искаженной интерпретации информации, по другому-когнитивный сдвиг.

Стратегии и техники когнитивной терапии предназначены для дезактивации таких дезадаптивных программ восприятия и интерпретации, для сдвига аппарата переработки информации (когнитивного аппарата) в более нейтральное положение.

Поскольку когнитивная терапия предполагает, что проблемы пациента вытекают главным образом из неких искажений реальности, основанных на ошибках мышления (ошибочных предпосылках и допущениях), то отсюда выводится формула лечения: терапевт помогает пациенту отыскать искажения в мышлении и научиться альтернативным, более реалистическим способам восприятия своего опыта.

Когнитивные модели эмоциональных расстройств

Когнитивная модель депрессии. А. Бек описывает когнитивную триаду при депрессии.

1. Негативное представление о себе. Депрессивный индивид воспринимает себя как неприспособленного, никчемного, отверженного.

2. Негативный взгляд на мир. Депрессивный индивид убежден в том, что мир предъявляет чрезмерные требования к человеку и воздвигает непреодолимые барьеры на пути к достижению целей. Мир лишен удовольствия и удовлетворения.

3. Нигилистический взгляд на будущее. Депрессивный индивид убежден в том, что переживаемые им трудности непреодолимы. Эта безнадежность нередко приводит его к суицидным мыслям.

Когнитивная модель тревожных расстройств. В мышлении тревожного пациента доминируют темы опасности, то есть он предполагает события, которые окажутся пагубными для него, для его семьи, для его имущества и для других ценностей.

Восприятие опасности тревожным пациентом основано на ложных предположениях или оно чрезмерно, в то время как нормальная реакция основана на более точной оценке риска и размеров опасности. Кроме того, нормальные индивиды могут контролировать свое неправильное восприятие, используя логику и очевидность. Тревожные индивиды испытывают трудность в распознавании сигналов безопасности и других свидетельств, которые уменьшают угрозу опасности. Таким образом, в случаях тревоги когнитивное содержание вращается вокруг темы опасности и индивид склонен преувеличивать вероятность вреда и уменьшать свою способность к совладанию.

Существует целый ряд других когнитивных моделей специфических нарушений эмоционального и личностного плана, например, мании, панического расстройства, фобии, параноидных состояний, obsessions и compulsions, истерии, нервной анорексии, личностных расстройств.

Теория когнитивной терапии

В терапевтическом изменении взаимодействуют когнитивный, эмоциональный и поведенческий каналы, однако когнитивная терапия подчеркивает ведущую роль когниций в вызывании и поддержании терапевтических изменений.

Когнитивные изменения происходят на трех уровнях: 1) в произвольном мышлении; 2) в непрерывном, или автоматическом, мышлении; 3) в предположениях (убеждениях). Каждый уровень отличается от предыдущего своей доступностью для анализа и стабильностью.

Наиболее доступны для анализа и наименее стабильны – произвольные мысли, потому что их можно вызвать по желанию и они временны.

На следующем уровне – автоматические мысли, которые появляются спонтанно под действием обстоятельств и предшествуют эмоциональным и поведенческим реакциям. Они конкретны и разделены, возникают в стенографическом виде. Автоматическими они называются потому, что они не являются результатом обдумывания, рассуждения или рефлексии, а представляются как бесспорные, правдоподобные, не нуждающиеся в проверке на логичность. Эти автоматические мысли более стабильны и менее доступны, чем произвольные мысли, но можно научить пациентов распознавать их и контролировать.

Автоматические мысли возникают на основе предположений (убеждений), которые составляют третий уровень. Убеждения могут быть очень стабильными и не осознаваться пациентами. Терапия стремится к идентификации этих предположений и противодействию их эффектам.

Можно выделить три основные группы дисфункциональных убеждений. В первую группу входят убеждения, связанные с принятием (например, «у меня есть изъян, поэтому я нежеланный»); во вторую группу входят убеждения, связанные с компетентностью (например, «Я – неполноценный»); в третью группу входят убеждения, связанные с контролем (например, «Я не могу осуществлять контроль»).

Когнитивные искажения

Когнитивные искажения – это систематические ошибки в суждениях (когнитивный сдвиг). Они возникают на основе дисфункциональных убеждений, внедренных в когнитивные схемы, и легко обнаруживаются при анализе автоматических мыслей.

Избирательная абстракция. Это обобщение ситуации на основе детали, извлеченной из контекста, при игнорировании другой информации.

Персонализация. Это склонность интерпретировать события в аспекте личных значений.

Дихотомическое мышление. Пациент-невротик склонен мыслить крайностями в ситуациях, бьющих его по чувствительным местам, например по самооценке – при депрессии, по вероятности подвергнуться опасности – при тревожном неврозе. События обозначаются как черные или белые, хорошие или плохие, прекрасные или ужасные.

Произвольные умозаклучения. Бездоказательные или даже противоречащие очевидным фактам умозаклучения.

Сверхобобщение. Это неоправданное обобщение на основании единичного случая.

Преувеличение (драматизация, катастрофизация). Это преувеличение последствий каких-либо событий.

Цели и основные стратегии когнитивной терапии Бека.

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, нуждающиеся в проверке с помощью поведенческого эксперимента - проверки 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:

- 1) контролировать дисфункциональные (иррациональные) автоматические мысли;
- 2) осознавать связи между когнициями, аффектами и поведением;
- 3) изучать аргументы за и против дисфункциональных автоматических мыслей;
- 4) заменять дисфункциональные автоматические мысли на более реалистические интерпретации;
- 5) идентифицировать и изменять убеждения, которые предрасполагают к искажению опыта.

Для решения этих задач в когнитивной терапии используются когнитивные и поведенческие техники.

А. 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 и при научном исследовании, интерпретации или предположения рассматриваются в качестве гипотез, нуждающихся 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:

- 1) прояснить или определить проблемы;
- 2) помочь пациенту идентифицировать мысли, образы, предположения;
- 3) изучить значения событий для пациента;
- 4) оценить последствия поддержания неадаптивных мыслей и поведения.

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 и 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

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. Процедура объясняется пациенту с помощью последовательности А, В, С: А – это возбуждающее событие; С – чрезмерная,

неадекватная «условная реакция»; В – это пустота в сознании пациента, которая при заполнении ее самим пациентом служит мостом между А и С. Терапевтической задачей становится заполнение пустоты через элементы системы убеждений пациента. Автоматические мысли выявляются прямыми расспросами пациента о его мыслях или образах.

В специальном исследовании было показано, что 90 % тревожных пациентов сообщали о зрительных образах, предшествующих тревожному эпизоду. Сбор информации об образах, следовательно, является важным способом понимания концептуальных систем.

Автоматические мысли проверяются с помощью прямого доказательства или логического анализа.

Доказательство можно получить из прошлых или настоящих обстоятельств. Доказательства могут быть также получены из результатов поведенческих экспериментов. Такие эксперименты дают возможность пациенту опровергнуть прежнее убеждение.

Исследование мыслей пациента может вести к когнитивному изменению, т.к. беседа может открыть логическую непоследовательность, противоречивость и другие ошибки в мышлении.

Коррекция автоматических мыслей может включать декатастрофизацию, реатрибуцию, переформулирование и децентрализацию.

Декатастрофизация или техника «что если», используется при преувеличение или драматизации последствий негативных событий. Она предназначена для исследования действительных, фактических событий и последствий, которые в представлении пациента наносят ему психологический ущерб и вызывают чувство тревоги. Эта техника помогает пациентам подготовиться к последствиям, сопряженным со страхом. Она полезна для уменьшения избегания.

Реатрибуция. Это техники, которые проверяют правильность автоматических мыслей и убеждений, рассматривая альтернативные причины событий.

Переформулирование. Эта техника предназначена для мобилизации человека, который считает, что проблема не контролируется им. Например, одинокому человеку, который думает: «Никто не обращает на меня внимания», рекомендуется по-новому сформулировать проблему: «Мне нужно протянуть руку другим людям, чтобы обо мне позаботились».

Децентрализация. Используется при склонности пациента персонифицировать события, которые не имеют к нему отношения. Это метод освобождения пациента от свойства видеть в себе точку сосредоточения всех событий.

Идентификация и коррекция дисфункциональных убеждений (схем). Эти убеждения, как указывалось, являются менее доступными для анализа, чем автоматические мысли. Об убеждениях пациентов можно судить по направленности их автоматических мыслей. Дополнительными источниками

для формирования гипотез, связанных с убеждениями, являются поведение пациентов, стратегии преодоления ими трудностей, личные истории. Пациентам часто трудно сформулировать свои убеждения без помощи терапевта, поэтому терапевт представляет гипотезы пациентам для проверки. Для коррекции убеждений терапевт может:

1. Задать вопросы для побуждения исследования убеждений. Например: «Является ли данное убеждение разумным?», «Какие преимущества и неудобства связаны с сохранением данного убеждения?»

2. Организовать когнитивный эксперимент, в ходе которого пациенты проверяют истинность своих убеждений.

3. Использовать образы, чтобы помочь пациентам вновь пережить случившиеся в прошлом события и реструктурировать свой опыт и сформированные на его основании убеждения.

4. Использовать детский опыт пациентов с расстройствами личности для пересмотра их убеждений, сформированных в рассматриваемый период, в процессе ролевой игры со сменой ролей.

5. Помогать пациентам заново формировать убеждения, заменять дисфункциональные убеждения на более конструктивные. Этот прием является одним из центральных в рационально-эмотивной терапии А. Эллиса.

Поведенческие техники

Когнитивная терапия использует поведенческие техники для модификации автоматических мыслей и предположений (убеждений). Она прибегает к поведенческим экспериментам, предназначенным для опровержения специфических неадаптивных убеждений и обеспечения нового научения. В поведенческом эксперименте пациент перед его началом предсказывает результат, основанный на автоматических мыслях, а затем выполняет заранее согласованное с терапевтом поведение и, наконец, оценивает результат в свете нового опыта.

Поведенческие техники используются также для: расширения репертуара поведенческих реакций пациента (тренинг умений); расслабления (прогрессивная релаксация); стимуляции активности (планирование деятельности); подготовки пациента к ситуациям, вызывающим тревогу (поведенческая репетиция); предъявления стимулов, вызывающих страх (экспозиционная терапия).

Проведение когнитивной ПТ.

Бек утверждает, что в ходе исправления присущих ему когниций успешный клиент проходит через несколько (4) стадий:

- Во-первых, ему надо осознать, о чем он думает.
- Во-вторых, ему нужно установить, какие мысли неудачны.
- Затем ему необходимо заменить неправильные суждения правильными.

- Наконец, он нуждается в обратной связи, которая покажет ему, насколько правильны внесенные изменения.

Психотерапия включает несколько этапов.

На первой подготовительной стадии составляется список проблем. Этот список включает специфические симптомы, формы поведения или глубокие проблемы. Эти проблемы располагаются по приоритету в качестве мишеней терапевтического воздействия. Основой иерархизации симптомов служат тяжесть симптомов и удельный вес симптома в структуре жизни. Кроме того, эти проблемы (межличностные, личностные и вегетативные) могут быть взаимосвязаны. Оpozнание проблем с одинаковыми причинами и соответственная их группировка обозначается А.Беком как "сведение проблем". При этом достигается укрупнение мишеней психотерапевтического воздействия. Другим вариантом сведения проблем является идентификация первого звена в цепи симптомов, которое и запускает всю цепь.

Помимо сведения проблем задачами этого этапа являются: создание отношений сотрудничества с пациентом, информирование о характере и особенностях когнитивной психотерапии.

I этап терапии — идентификация (опознание) и вербализация неадаптивных мыслей.

С этой целью используется несколько из перечисленных техник. Техника сосредоточения на мыслях, возникающих в реальных психотравмирующих ситуациях (наблюдение *in vivo*). В имагинальной технике (наблюдение *in vitro*) пациента просят воссоздать ситуацию психотравмы в терапевтическом сеансе за счет воспоминания (воображения). При этом пациента просят наблюдать за возникающими "автоматическими" мыслями. Техника вопросов состоит в подготовке вопросов таким образом, что пациент продвигается к глубинным плохо осознаваемым неадаптивным убеждениям.

II этап — отдаление. Суть этапа состоит в том, что пациент должен стать в объективную позицию по отношению к собственным мыслям, т.е. отдалиться от них. Пациент должен усомниться в проблеме, сделать ее гипотезой, а не фактом, посмотреть на нее со стороны.

III этап — проверка истинности неадаптивной мысли. Суть этапа состоит в том, что психотерапевт побуждает пациента к проверке обоснованности неадаптивной мысли. С этой целью используются как когнитивные, так и поведенческие техники. Если проверка пациентом собственных неадаптивных мыслей показывает, что они необоснованны, беспочвенны, не опираются на объективную реальность, то возникает реальная возможность избавиться от этих мыслей. Пациент начинает понимать, что указанные мысли связаны с особенностями его характера, воспитания, а не с реальными характеристиками среды, ситуации. После

этого пациент сменяет неадаптивные убеждения на адаптивные. В этой замене неадаптивных мыслей адаптивными и состоит суть IV этапа.

Применение когнитивной терапии

Когнитивная терапия является подходом, центрированным на настоящем. Она директивна, активна, ориентирована на проблему.

Первоначально когнитивная терапия использовалась в индивидуальной форме, теперь она используется в семейной терапии и терапии супружеских пар, а также в групповой форме. Она может применяться в сочетании с фармакотерапией в амбулаторных и стационарных условиях.

Когнитивная терапия наиболее широко используется для лечения эмоциональных (тревожных) расстройств и униполярной депрессии. Исследования по сравнению эффективности когнитивной терапии и терапии антидепрессантами показали, что когнитивная терапия имеет лучшие результаты или по крайней мере сопоставимые с терапия антидепрессантами, а катамнестические исследования длительностью от трех месяцев до двух лет показали, что отдаленные результаты лечения лучше при когнитивной терапии, чем при фармакологическом лечении.

Когнитивная терапия является терапией выбора в тех случаях, когда пациент отказывается от лекарств и предпочитает психологическое лечение, когда у пациента обнаруживаются выраженные побочные эффекты или резистентность к лечению антидепрессантами. Однако, когнитивная терапия не рекомендуется как единственное средство при лечении эндогенных заболеваний (биполярных аффективных расстройств, психотической депрессии, шизофрении и других психозов).

Рационально-эмотивная терапия А.Эллиса.

Рационально-эмотивная терапия (РЭТ) – метод психотерапии, развитый в 1950-х гг. клиническим психологом Альбертом Эллисом.

РЭТ имеет две цели: оказание помощи в устранении эмоциональных расстройств и превращение пациентов в более полно функционирующих, или самоактуализирующихся, индивидов.

Важнейшая задача РЭТ - замена ригидных, жестких позиций на гибкие, что приводит к возникновению нового эффективного мировоззрения.

Суть концепции Эллиса выражается формулой А-В-С, где А – activating event – активизирующее событие; В – belief system – система убеждений; С – emotional consequences – эмоциональные и поведенческие последствия. Эмоциональное последствие возникает под влиянием В – системы убеждений человека. Когда возникает нежелательное эмоциональное последствие (такое, как сильная тревога), то корни его можно найти в иррациональных убеждениях человека.

Если эти убеждения эффективно опровергать, приводить рациональные доводы и показывать их несостоятельность на поведенческом уровне – тревога исчезает.

РЭТ рассматривает когниции, эмоции и поведение интегративно, в определенной взаимосвязи и взаимообусловленности: мышление включает чувства и в некоторой степени диктуется ими, а чувства включают когниции. Кроме того, Эллис подчеркивает, что мышление и эмоции взаимодействуют с поведением: люди обычно действуют на основе мыслей и эмоций, а их действия влияют на мысли и чувства. По определению Эллиса, РЭТ – это «когнитивно-аффективная бихевиоральная теория и практика психотерапии».

Философские источники РЭТ восходят к философам-стоикам. Эпиктет писал: «Людей расстраивают не события, а то, как они на них смотрят». Из современных психотерапевтов предшественником РЭТ был Альфред Адлер. Адлер сформулировал девиз: «*Omnia ex opinione suspensa sunt*» («Все зависит от мнения»). Трудно выразить самый главный принцип РЭТ более лаконично и точно.

Психотерапевтическая метафора (представления о личности)

Природа человека с точки зрения Эллиса, описывается с помощью следующего положения. Человек стремится к выживанию и достижению некоторой степени счастья. На пути к реализации этих естественных человеческих целей могут возникнуть препятствия (затруднения) связанные с нарушением в когнитивной сфере - иррациональных убеждений.

Основные концепции

Эллис разделяет когниции на холодные, теплые и горячие.

Холодные когниции являются дескриптивными (описательными) и предполагают наличие относительно слабого чувства или его отсутствие. Они несут описательную информацию о событии.

Теплые и горячие когниции являются оценочными. Теплые когниции – включают в себя оценку холодных когниций на основе предпочтительных мыслей или рациональных установок. Горячие когниции содержат резкие, или высокие, оценочные мысли и обычно предполагают наличие сильных или очень сильных чувств.

В рационально-эмотивной терапии предполагается, что дескриптивные когниции обязательно связаны с оценочными когнициями с разной степенью жесткости.

С точки зрения РЭТ не объективные события сами по себе вызывают у нас позитивные или негативные эмоции, а наше внутреннее восприятие их, их оценка. Мы чувствуем то, что думаем по поводу воспринятого.

Именно оценочно перегруженное суждение, а не само объективное положение дел, и является по Эллису, источником неадаптивных эмоций и, соответственно, источником психического неблагополучия. Эти нарушения в когнитивной сфере Эллис назвал иррациональными установками. Он выделяет четыре группы установок, которые наиболее часто создают проблемы у пациентов.

1. Установки долженствования. Многие люди убеждены в том, что в мире существуют некие универсальные установки (принципы), которые, несмотря ни на что, должны быть реализованы. Например, «мир должен быть справедливым», «люди должны быть честными». Такие установки часто выявляются в подростковом возрасте.

2. Установки преувеличения (драматизация, катастрофизация). При этих установках отдельные события, происходящие в жизни, оцениваются как катастрофические вне какой-либо системы отсчета. Катастрофические установки проявляются в высказываниях пациентов в виде оценок, выраженных в самой крайней степени: «ужасно», «невыносимо» и т. п.

3. Установка обязательной реализации своих потребностей. В основе этой установки лежит иррациональное убеждение, что, для того чтобы стать счастливым, человек должен обладать определенными качествами. Например: «Я должен быть на высоте в моей профессии, иначе я ничего не стою».

4. Оценочная установка. При этой установке оценивается личность человека в целом, а не отдельные его черты, качества, поступки и т. д. Другими словами, здесь отдельный аспект человека отождествляется с человеком в целом.

Помимо этих четырех установок Эллис в разное время идентифицировал общие «сердцевинные» иррациональные идеи, которые, по его мнению, лежат в основе большинства эмоциональных расстройств. Количество их не является строго фиксированным. В настоящее время число таких идей выросло до 27.

С точки зрения Эллиса, иррациональные установки – это жесткие эмоционально-когнитивные связи. Они имеют характер предписания, требования, приказа, имеют «абсолютистский» характер. Поэтому обычно иррациональные установки не соответствуют реальности. Отсутствие реализации иррациональных установок приводит к длительным, неадекватным ситуациям эмоциям.

У нормально функционирующего человека имеется рациональная система установок, которую можно определить как систему гибких эмоционально-когнитивных связей. Эта система имеет вероятностный характер, выражает скорее пожелание, предпочтение определенного развития событий. Рациональной системе установок соответствует умеренная сила эмоций. Хотя они иногда могут иметь интенсивный характер, однако не захватывают индивида надолго и поэтому не блокируют его деятельность, не мешают достижению целей.

Основной догмат РЭТ состоит в том, что эмоциональные нарушения вызываются иррациональными убеждениями. Эти убеждения иррациональны, потому что пациенты не принимают мир таким, каков он есть. Они обладают магическим мышлением: они настаивают на том, что если в мире нечто существует, то оно должно быть другим, отличным от того, что есть. Их мысли обычно принимают следующую форму

утверждений: «Если я хочу чего-то, то это не просто желание или предпочтение, чтобы так было, – так *должно* быть и если это не так, то это ужасно!»

Такие когниции бессмысленны и лишены эмпирических оснований. Они могут быть опровергнуты любым исследователем. Рационально-эмотивный терапевт уподобляется ученому, который обнаруживает и опровергает абсурдные идеи.

Эллис считает, что эффективным является активно-директивная, когнитивно-эмотивно-поведенческая «атака» на самопоражающие долженствования и приказания пациентов. Сущностью эффективной психотерапии, согласно РЭТ, является сочетание полной терпимости к пациенту (безусловное его принятие) с борьбой против его самопоражающих идей, черт и поступков.

РЭТ помогает людям сформировать новое мировоззрение, стать более самоактуализирующимися и счастливыми.

Психотерапия с помощью РЭТ.

Согласно теории РЭТ, эмоциональное расстройство появляется тогда, когда индивиды имеют твердое убеждение в том, что их желания должны быть удовлетворены. Они занимают диктаторскую, догматическую и абсолютистскую позицию: они требуют, они настаивают, они диктуют. Их требования, их диктат сводятся к тому, что они должны добиться успеха; другие люди должны одобрять их. Они диктуют, каким должен быть мир, и требуют, чтобы он был более приемлемым.

Основное содержание психотерапии, следовательно, можно определить как подведение пациента к отказу от неразумных требований. В какой-то степени невротическая личность, следуя логике Эллиса, является инфантильной. Нормальные дети в процессе созревания становятся более разумными, они менее настаивают на том, чтобы их желания немедленно удовлетворялись. Рациональный терапевт пытается побудить пациентов к тому, чтобы они ограничивали до минимума свои требования и стремились к максимуму терпимости. Рационально-эмотивная терапия стремится к радикальному редуцированию долженствования, перфекционизма (стремления к совершенству), грандиозности и нетерпимости у пациентов.

Цель РЭП – помощь в осознании пациентом системы оценочных когниций и ее последующая перестройка.

Структура работы.

На первом этапе выполняется кларификация (прояснения). Проясняются элементы события, вызвавшие неадаптивные реакции– «А» в формуле А-В-С

На втором этапе – происходит идентификация «С» -элементов, следствий из события, прежде всего аффективных и в ходе этого процесса - выявление иррациональных установок. Это же является важнейшей задачей при работе над системой убеждений пациента. Главный инструмент -

беседа. Выявлению жестких эмоционально-когнитивных схем помогает употребление пациентами слов «надо», «должен», «необходимо». Именно эти слова являются объектом «терапевтических атак».

На третьем этапе - после выявления иррациональных установок терапевт приступает к реконструкции системы убеждений. Воздействие осуществляется на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

1. Воздействие на когнитивном уровне. При использовании РЭТ терапевт пытается показать пациентам, что лучше отказаться от перфекционизма, если они хотят прожить более счастливую и менее тревожную жизнь. Необходимо научить пациентов осознавать свои «должен», «надо», «следует»; отделять рациональные убеждения от иррациональных (абсолютистских); применять логико-эмпирический метод науки к себе и своим проблемам; принимать действительность, даже если она мрачна.

РЭТ учит пациентов оспаривать иррациональные убеждения, заменять их на рациональные.

Основной когнитивной техникой оспаривания является техника научного опроса, цель которого – объяснение пациентам, почему их иррациональные убеждения не выдерживают критики.

Большинство вопросов сводятся к следующим.

- 1) Где доказательства
- 2) Как можно взглянуть на это иначе
- 3) И что же случится, если это произойдет

Формула АВС, заменяется на формулу АВСДЕ

А (событие), **В** (иррациональные убеждения), **С** (нежелательные эмоциональные и поведенческие последствия), **Д** (дискутирование по поводу иррациональных убеждений), **Е** (эффективные рациональные убеждения вместо иррациональных убеждений).

1. Воздействие на эмоциональном уровне. Терапевтом используются различные способы драматизации предпочтений и долженствований, чтобы пациенты могли четко различать эти два феномена (другими словами, чем отличается «было бы лучше» от «должно»). С этой целью терапевт может использовать рациональную ролевую игру, чтобы показать пациентам, какие ложные идеи руководят ими и как это влияет на их отношения с другими людьми. Терапевт может применять моделирование, чтобы показать пациентам, как принимать различные идеи. Терапевт использует юмор, чтобы довести до абсурда иррациональные мысли.

Терапевт использует безусловное принятие и эмоционально насыщенное разубеждение (энергичное оспаривание), приводящее пациентов к отказу от некоторых абсурдных идей и замене их на более разумные понятия.

Терапевт может также использовать техники, приносящие чувственные удовольствия, такие как объятия с другими членами группы.

Терапевт поощряет поведение, связанное с риском:

а) предлагает пациентам психотерапевтической группы сказать откровенно одному из ее участников, что они о нем думают; в результате пациенты убеждаются в том, что это на самом деле не так рискованно;

б) побуждает пациентов к самораскрытию, предлагая, например, рассказать об отклонениях в их сексуальной жизни; этот опыт убеждает их в том, что другие могут принимать их, несмотря на недостатки;

в) предлагает пациентам соприкоснуться со своими «постыдными» чувствами (например, с враждебностью), что дает им возможность раскрыть те мысли, которые предшествуют этим чувствам.

3. Воздействие на поведенческом уровне. Поведенческие методы в РЭТ применяются не только для устранения симптомов, но и для изменения когниций пациентов.

Так, склонность пациентов к перфекционизму может быть уменьшена выполнением следующих заданий терапевта:

а) пойти на риск (например, попытаться назначить свидание участнику группы другого пола);

б) нарочно провалиться при решении какой-либо задачи (например, нарочито плохо выступить перед публикой);

в) воображать себя в ситуациях неудачи;

г) с энтузиазмом браться за деятельность, которую пациент считает особенно опасной.

Применение рационально-эмотивной терапии

РЭТ применяется в следующих случаях: 1) пациенты с плохой приспособляемостью, умеренной тревожностью и с супружескими проблемами; 2) сексуальные нарушения; 3) невроты; 4) расстройства характера; 5) прогульщики школы, подростки-правонарушители и взрослые преступники; 6) синдром 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.

РЭТ используется в форме индивидуальной, групповой, семейной, краткосрочной психотерапии.