

Лекция №8. Когнитивно-поведенческая психотерапия (часть 2).

История развития поведенческой психотерапии.

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.

Амбициозность представителей поведенческого направления доходила до утверждения, что ими создана самая эффективная система психотерапии. Однако, с годами оптимизм в отношении особой действенности поведенческой терапии стал повсюду ослабевать. И, как всегда в истории нового метода он постепенно занял свою естественную нишу в сфере психотерапевтической практики, где его действенность проявляется наиболее отчетливо.

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. А общее психотерапевтическое направление, в рамках которого используются данные методические подходы стало именоваться когнитивно-поведенческим.

«Когнитивное» может рассматриваться как совокупность когнитивных событий, когнитивных процессов и когнитивных структур. Термин «когнитивные события» относится к автоматическим мыслям, внутреннему диалогу и образам.

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

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.

Таким образом, в развитии поведенческой психотерапии можно выделить 2 этапа – собственно поведенческий и когнитивно-поведенческий.

Важная тенденция современного этапа развития когнитивно-поведенческой терапии - смещение фокуса внимания и активности с патогенетического на саногенетический подход. Это, в частности, выражается в том, что если раньше поведенческая психотерапия ставила основной своей задачей устранение или исключение нежелательного поведения или ответа (агрессии, тиков, фобии), то в настоящее время акцент смещен к научению пациента позитивному поведению (уверенность в себе, позитивное мышление, достижение целей), активизации ресурсов личности и ее окружения.

Основные этапы поведенческой психотерапии

Поведенческую терапию начинают с идентификации и понимания проблемы пациента. Терапевт стремится получить подробную информацию о том, как началось расстройство, какова его тяжесть, частота проявлений. Что пациент предпринимал для преодоления проблемы? Что он думает о своей проблеме, обращался ли он прежде к терапевтам? Чтобы получить ответы на эти вопросы, которые могут быть болезненными для пациента и смущать его, необходимо предварительно установить с пациентом отношения доверия и взаимного понимания. Поэтому терапевт внимательно слушает и стремится к эмпатическому контакту.

Затем терапевт проводит функциональный анализ проблемы, пытаясь определить специфические ситуационные и личностные переменные, которые поддерживают дезадаптивные мысли, чувства и поведение. Акцент на переменных, поддерживающих проблему в настоящий момент, не означает игнорирование истории пациента. Однако прошлый опыт важен только в той степени, в какой он все еще активен в возникновении настоящего дистресса.

В поведенчески ориентированном интервью терапевт редко задает пациенту вопрос «почему», например: «Почему вы испытываете страх в толпе?». Более полезны для идентификации личностных и ситуационных переменных, поддерживающих в настоящем проблемы пациента, вопросы, начинающиеся с «как», «когда», «где» и «что». Терапевт полагается главным образом на самоотчеты пациентов, в частности в оценке мыслей, фантазий и чувств. Такие самоотчеты являются более надежными предсказателями поведения, чем суждения клиницистов или результаты личностных тестов.

Один из методов оценки реакций пациентов в специфических ситуациях – символическое воссоздание пациентом проблематичной жизненной ситуации. Вместо того чтобы пациенты просто рассказали о событии, терапевт просит их представить эти события так, как если бы они происходили в настоящий момент. Когда пациенты вызывают ситуацию в

воображении, их просят вербализовать любые мысли, которые приходят на ум; это особенно полезный способ открытия специфических мыслей, связанных со специфическими событиями.

Другой способ оценки реакций пациента в специфических ситуациях – ролевая игра. Пациента просят проиграть ситуацию, а не описывать или воображать ее. Этот метод особенно хорош для оценки межличностных проблем. При этом терапевт принимает роль человека, с которым связаны проблемы пациента. С помощью ролевой игры терапевт получает образец проблемного поведения, хотя и полученный в несколько искусственных условиях. Если терапевт оценивает супружескую пару, то он просит обоих партнеров обсудить выбранные трудные вопросы; это дает ему возможность непосредственно наблюдать и оценивать их межличностную компетентность и способность решать конфликт.

Одним из важных способов поведенческой оценки является самоконтроль. Пациенты ведут ежедневные детальные записи специфических событий или психологических реакций. Пациентам с избыточным весом, например, предлагают контролировать ежедневное потребление калорий, оценивать усилия по осуществлению запланированной физической деятельности, отмечать условия, при которых они лишней раз перекусывают или переедают, и т. д. Таким способом выявляются поведенческие стереотипы, имеющие отношение к проблемам пациентов.

Наиболее ценным методом оценки открытого поведения является наблюдение за поведением пациента в естественных условиях. С этой целью поведенческими терапевтами разработаны специальные процедуры, предназначенные для прямого измерения поведения. Эти процедуры наиболее часто используются с детьми в школах и дома или с госпитализированными пациентами в клиниках. Родители, учителя, воспитатели, обслуживающий персонал получают инструктаж по наблюдению за поведением.

Наконец, поведенческие терапевты используют психологическое тестирование. Причем они не пользуются стандартизированными психодиагностическими тестами, основанными на теории личностных черт. Тесты могут быть полезны для получения общей картины личности пациента, но они не дают информации, необходимой для функционального анализа поведения или для выработки стратегии терапевтического вмешательства. Проективные тесты отвергаются, поскольку, во-первых, они основаны на психодинамической теории, а во-вторых, не доказана их валидность.

Поведенческие терапевты используют следующие вопросники.

1. Вопросник страха Маркса и Мэтьюса (Marks and Mathews Fear Questionnaire).
2. Депрессивная шкала Бека (Beck Depression Inventory).
3. Вопросник Ратуса для оценки утвердительного поведения (Rathus Questionnaire).

4. Шкала супружеской адаптации Лока и Уоллиса (Lock and Wallace inventory of marital adjustment).

Этих оценочных средств недостаточно для проведения функционального анализа проблемы, но они полезны для суждения об интенсивности проблемы и оценки эффективности поведенческой терапии.

Технические процедуры

Наиболее известными являются следующие поведенческие и когнитивные приемы: реципрокная ингибция; методика наводнения; имплозия; парадоксальная интенция; методика вызванного гнева; метод «стоп-кран»; использование воображения, скрытого моделирования, тренинга самоинструкций, методов релаксации одновременно; тренинг уверенного поведения; методы самоконтроля; самонаблюдение; прием шкалирования; исследование угрожающих последствий (декатастрофизация); преимущества и недостатки; опрос свидетельских показаний; исследование выбора (альтернатив) мыслей и действий; парадоксальные приемы и др.

Особое место в рассматриваемом направлении занимает рационально-эмоциональная психотерапия Элиса и когнитивная психотерапия Бека.

Систематическая десенситизация

Официальное начало поведенческой терапии связывается с именем Джозефа Вольпе, который определял невротическое поведение как «закрепившуюся привычку неадаптивного поведения, приобретенного в результате научения». Принципиальное значение придается тревоге, являющейся составной частью ситуации, в которой происходит невротическое научение, а также составной частью невротического синдрома. Тревога, согласно Вольпе, представляет собой «стойкий ответ автономной нервной системы, приобретенный в процессе классического обусловливания». Вольпе разработал специальную технику, предназначенную для погашения этих условных автономных реакций, – систематическую десенситизацию.

Для объяснения механизма психотерапевтического воздействия Вольпе создал теорию реципрокного торможения. Речь идет о торможении тревожных реакций в результате одновременного вызывания других реакций, которые с физиологической точки зрения являются антагонистическими по отношению к тревоге, несовместимы с ней и вследствие этого условная связь между этим импульсом и тревогой ослабевает.

Самым действенным стимулом в устранении тревоги оказалась мышечная релаксация. Вольпе использовал для этого технику прогрессивной мышечной релаксации (Я.Якобсон).

Обучив пациента технике глубокой релаксации, переходят ко второму шагу – составлению иерархии ситуаций, вызывающих страх. Далее пациенту, находящемуся в состоянии релаксации, предлагается представить себе

ситуацию, занимающую самую низкую позицию в иерархии, затем следующую, вплоть до самой высокой позиции.

При другом варианте систематическая десенситизация осуществляется не в представлении, а *in vivo*, путем реального погружения в фобическую ситуацию. Этот вариант представляет большие технические трудности, но, по мнению ряда авторов, он более эффективен, может применяться для лечения больных с плохой способностью вызывать представления.

Систематическая десенситизация может проводиться по методике, называемой фединг (затухание), при которой вместо стимуляции воображения используются слайды с изображением объекта фобии или специальные кинофильмы, содержащие сцены, вызывающие страх (например, сцены полета на самолете при фобии полетов).

Методы, основанные на угасании

Эти методы, называемые также «иммерсией» (погружением), основаны на прямом предъявлении объекта страха без предварительной релаксации. В основе этих методов лежит механизм угасания, открытый И. П. Павловым, согласно которому предъявление условного стимула без подкрепления безусловным ведет к исчезновению условной реакции. К иммерсионным методам относятся «наводнение», имплозия, парадоксальная интенция.

При методике «наводнение» пациент вместе с психотерапевтом оказывается в ситуации, в которой у него возникает страх, но безвредной для него, и находится в этой ситуации до тех пор, пока страх не уменьшится. Важно, что при этом должна быть исключена возможность скрытого избегания страха. Например, во время поездки в транспорте пациент старается отвлечь свое внимание (думать о чем-нибудь приятном или вступать в разговор с окружающими), снижая тем самым интенсивность своего страха. Пациенту следует объяснить, что скрытое избегание подкрепляет поведение избегания. Во время сеанса «наводнения» пациент должен испытывать как можно более сильную эмоцию страха.

Имплозия – это методика «наводнения» в воображении. В общих чертах повторяет методику систематической десенситизации, но проводится без сопутствующей релаксации. Вначале составляется иерархия страхов, затем переходят к собственно имплозии – представлению ситуаций страха. Уровень вовлеченности пациента и интенсивности испытываемого им страха терапевт оценивает по поведению пациента (двигательной активности, напряжению мышц, мимике, вегетативным реакциям). Задача терапевта – поддерживать достаточно высокий уровень страха. Если уровень тревоги снижается, врач вводит дополнительные описания ситуации, чтобы усилить страх. Например, пациента, страдающего фобией змей, просят вообразить, что он берет змею в руки; по мере снижения уровня страха пациента можно попросить представить, что змея кусает его в палец, лицо и т. п. Фантазия терапевта здесь может быть безграничной. Необходимо стремиться к тому,

чтобы поддерживать достаточно высокий уровень страха в течение 40–45 минут.

Парадоксальная интенция – метод иммерсии, предложенный Виктором Франклом (V. Frankl). Существенным патогенным фактором в этиологии неврозов Франкл считал так называемую опережающую тревогу. Опережающая тревога часто вызывает именно ту ситуацию, которой опасается больной. Другим патогенным фактором в этиологии неврозов, по Франклу, является чрезмерно интенсивное стремление (интенция). Чрезмерное стремление затрудняет осуществление цели. На этих фактах Франкл основывает технику парадоксальной интенции.

При этой методике пациенту предлагается прекратить борьбу с симптомом и вместо этого умышленно вызывать его и даже стараться усиливать. Методика предполагает кардинальное изменение установки больного по отношению к своему симптому, своей болезни. Этот метод включает не только «переворачивание» отношения больного к своей фобии, но также и ироничную установку при его использовании. Попросту говоря, пациент должен отстраниться от своего невроза, посмеявшись над ним. Франкл приводит слова Г. Аллпорта (G. Allport), который говорил, что «невротик, научившийся смеяться над собой, уже стоит на пути к овладению собой, а может быть, и к излечению».

Моделирование

Терапевты часто обучают пациентов желаемому поведению, демонстрируя или моделируя его. Например, десенситизация *in vivo* может быть особенно эффективной, когда терапевт показывает пациенту, как нужно вести себя спокойно в ситуациях, вызывающих чувство страха. В одном случае терапевт показал пациентке, страдающей сильной фобией пауков, как убивать пауков хлопнушкой, и научил ее этому искусству дома с помощью набора резиновых пауков.

Тренинг самоуверенного поведения и социальных умений

Эта методика предназначена для неуверенных пациентов, которые неспособны открыто выразить свои чувства и не умеют отстаивать свои законные права. Они часто эксплуатируются другими, испытывают тревогу в социальных ситуациях и страдают от низкого самоуважения. Как и техники систематической десенситизации, тренинг самоуверенности также основан на использовании реакции, антагонистической страху: активное, самоутверждающее поведение несовместимо с чувствами страха и тревоги. Человек, страдающий социофобией, избегает встреч с людьми из-за возможных негативных последствий: пассивность, неуверенность, робость, дефензивное поведение, как правило, не вызывают одобрения у других людей.

Тренинг проводится в группах. В процессе занятий пациент убеждается, что самоутверждающее поведение приводит к изменению

реакций окружающих. Это, в свою очередь, подкрепляет такое поведение, приводит к повышению самооценки и еще большей уверенности в себе. Заметим, что самоутверждающее поведение не означает агрессивности, скорее это прямое выражение как позитивных, так и негативных чувств в отстаивании своих прав при уважении прав других.

Моделирование и ролевые игры являются главными техническими средствами тренинга самоуверенности. Терапевт помогает пациентам быть более открытыми и экспрессивными в социальных ситуациях. Например, пациент, который боится попросить повышения заработной платы, может приобрести необходимые умения, несколько раз проигрывая в ролевой игре эту ситуацию с терапевтом или другими членами группы. Внимание придается развитию невербального и вербального экспрессивного поведения, то есть телесным позам, постановке голоса. Затем терапевт поощряет пациента выполнять утвердительные действия в реальной обстановке для того, чтобы обеспечить генерализацию.

Помимо усиления утвердительного поведения тренинг предназначен для улучшения коммуникативных способностей, включая активное слушание, предоставление обратной связи, установление доверия через самораскрытие.

Позитивное подкрепление

В методиках позитивного подкрепления используются принципы оперантного обусловливания для установления связей между поведением и его последствиями. Подкрепление систематически используется терапевтами для изменения проблематичного поведения – от грызения ногтей, детской возбудимости и подростковой делинквентности до шизофрении и отказа от пищи.

Примером позитивного подкрепления может служить жетонная система, которую придумали для улучшения поведения пациентов с выраженными нарушениями личности или умственной отсталостью, находящихся в психиатрических учреждениях. Желаемое поведение пациентов награждается жетонами, которые они затем могут обменять на разные привилегии (сладости, прогулки, просмотр телевизора и т.д.). Персонал в сотрудничестве с пациентом (когда это возможно) составляет список желаемых целей поведения (мишеней) в зависимости от особенностей поведения каждого пациента. Эти цели могут состоять в требовании говорить яснее, выполнять домашнее задание, играть с другими детьми, приводить в порядок постель и т.д. Затем устанавливается «прейскурант», согласно которому пациент получает определенное количество жетонов сразу после достижения той или иной цели поведения.

Жетонная система может быть очень эффективной в изменении поведения. В некоторых исследованиях показано, что у психически больных с выраженными апато-абулическими изменениями личности жетонная система улучшила существенным образом их внешний вид, социальное

взаимодействие, манеры за столом и в то же время уменьшила странности в поведении. Самым существенным было то, что жетонная система подготовила пациентов с выраженными расстройствами поведения к жизни вне стен психиатрической больницы.

Техника вызывания отвращения

Техника вызывания отвращения (аверзивная терапия) использует принципы классического обусловливания. Так, например, алкоголизм лечат сочетанием небольших доз спиртного с веществами, вызывающими рвоту или другие неприятные ощущения. Удары электрического тока применяют для устранения невротического заикания, дрожания рук, половых извращений, ночного энуреза.

Описываемый вид терапии впервые был обоснован В. М. Бехтеревым. Он указал на то, что при лечении хронического алкоголизма сочетанием алкоголя с веществами, вызывающими рвоту, в основе терапии лежит выработка рвотного условного (сочетательного по Бехтереву) рефлекса.

Наказание

В отличие от аверсивного обусловливания, при котором неприятный стимул сочетается с нежелательным поведением, наказание следует после нежелательного поведения. Например, пациенту с треморной формой писчего спазма предлагается освоить задачу попадания металлической палочкой в ряд отверстий все уменьшающегося диаметра, расположенных на пластине. Точное попадание в эти отверстия избавляет его от электрического разряда. Наличие тремора ведет к попаданию в края отверстия и к замыканию электрической цепи. Пациент при этом испытывает удар электрического тока. При спастической форме писчего спазма пациент пользуется специальной авторучкой, излишнее давление на которую приводит также к замыканию электрической цепи и, следовательно, к наказанию. В процессе тренировок пациент обучается расслаблять нужные группы мышц.

Процедуры самоконтроля

Поведенческие терапевты стремятся к тому, чтобы пациенты (и дети и взрослые) играли активную роль в определении целей лечения и в выполнении терапевтической программы. Для этого используется множество процедур самоконтроля. Самоконтроль является основой успешной саморегуляции поведения. Благодаря ему пациенты начинают лучше осознавать свои специфические проблемы и действия. Терапевт помогает пациенту определять цели или устанавливать стандарты, управляющие поведением. Например, при коррекции избыточного веса, совместно устанавливается ежедневное потребление калорий. Вероятность успешного самоконтроля повышается при формулировании предельно специфических, ясных и краткосрочных целей. Например, нельзя формулировать цель в такой неопределенной форме: «Со следующей недели я ограничу себя в еде»;

нужна четкая и конкретная постановка: «Я буду потреблять в день не более 1200 калорий». Неудача в достижении нечетких целей вызывает негативную самооценку у пациентов, в то время как успешное выполнение конкретных и ясных целей ведет к самоподкреплению, и это усиливает вероятность того, что саморегуляторное поведение будет поддерживаться и дальше.

Методы биологической обратной связи, используемые для лечения различных психосоматических расстройств, также относятся к категории процедур самоконтроля.

Когнитивное реструктурирование

Терапевтические методы этой категории основываются на предположении, что эмоциональные расстройства являются результатом дезадаптивных стереотипов мышления (когниций). В задачу когнитивного реструктурирования (Р. Лазарус) входит изменение этих порочных когниций. Терапевты обучают пациентов заменять в стрессовых ситуациях (публичное выступление, экзамен, неприятный разговор) дезадаптивные когниции на спокойные, разумные мысли типа: «Спокойно, ты справишься с этим, если только сконцентрируешься на задаче и отбросишь мысли о том, чтобы быть совершенным». Среди этих методов широко известен тренинг прививки стресса (Д. Майхенбаум), при котором пациент воображает, что находится в стрессовой ситуации, и использует при этом приобретенные им новые когнитивные навыки.

Рационально-эмотивная терапия А. Эллиса и когнитивная терапия Бека также являются формами когнитивного реконструирования, сочетающими когнитивный и поведенческий методы.