

Сюзан Уолен, Раймонд Дигуссепп, Ричард Уэсслер

Практическое руководство по рационально-эмотивной терапии

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	1
Введение	6
Глава 1. Основные принципы РЭТ и как их излагать.....	10
Глава 2. Терапевтическая стратегия: основные приемы проведения РЭТ.....	36
Работа над "А"	48
Работа над "П"	63
Работа над "С*"	87
Дискуссия: общие подходы.....	114
Дискуссия: частные рекомендации	135
Дискуссия: проблемы и их решение.....	167
Поведение психотерапевта: расширение возможностей.....	192
Глава 10. Всеобъемлющая рационально-эмотивная терапия	220
Глава 11. Домашние задания	248
Глава 12. Курс лечения.....	268
Глава 13. Рациональный подход к консультированию по вопросам семьи и брака.....	280
Ответы на вопросы.....	303
Литература.....	307

ПРЕДИСЛОВИЕ

Хотя рационально-эмотивная терапия (РЭТ) в настоящее время стала одним из самых популярных методов психотерапии и лежит в основе развивающейся когнитивно-поведенческой терапии, пока ещё опубликовано сравнительно мало работ для специалистов, желающих практически освоить РЭТ. Большинство этих работ, хорошо это или плохо, написаны мной. И некоторые из них оставляют желать лучшего. В моей крупной работе "Рассудок и эмоции в психотерапии", опубликованной в 1962 году, преднамеренно сделан акцент на когнитивных аспектах РЭТ и не очень подробно отражены эмоциональный и поведенческий аспекты. То же самое можно сказать о моей книге «Рост через рассудок» (1971г), — в которую включены стенограммы сеансов, проводимых докторами Беном Ардом, Джоном Рейсом, Полом Хауком, Джоном Гулло, Максом Молтсби и мной. Большинство этих сеансов были проведены в 60-е годы. В них также особое внимание уделялось когнитивному переструктурированию и опускались другие важные аспекты РЭТ.

В 60-е годы я опубликовал много статей с подробным изложением эмоционального и поведенческого аспектов РЭТ (Ellis, 1968, 1969a, 1969b), однако большинство этих материалов не встречались в книгах до середины 70-х годов, когда были изданы такие книги как: "Молодость: К личностному росту. Рационально-эмотивный подход" (Tosi, 1974), "Рационально-эмотивная терапия" (Morris and Kanitz, 1975), "Консультирование: когнитивно-поведенческий подход" (Lembo, 1976), "Руководство по рационально-эмотивной терапии" (Ellis and Grieger, 1977), "Краткосрочная психотерапия в медицинской практике" (Ellis and Abrahams, 1978) и "Теоретические и практические основы рационально-эмотивной терапии» (Ellis, 1979b).

Но даже эти книги являются каплей в море по сравнению с большим количеством появившихся в продаже популярных книг по РЭТ. Некоторые из них, такие как "Ваши заблуждения" (Guyer, 1976), "Всецело человеческий, всецело живой" (Polue11, 1976) и "Новое руководство по рациональному образу жизни" (EШв апс! Нагрег, 1975) стали чрезвычайно популярны в читательской среде. Иногда меня спрашивают, почему я и другие авторы уделяют столько внимания популярным книгам по РЭТ вместо того, чтобы больше работать над книгами для профессионалов. Я отвечаю, что в то время, как большинство методов психотерапии слишком сложны для того, чтобы их можно было доступно изложить для неискушенного читателя, РЭТ - это вид терапии, понятный почти любому, кто умеет читать. И поскольку потенциальных читателей литературы по самопомощи гораздо больше, чем возможных клиентов для психотерапевтов, то очень важно, чтобы существовала соответствующая популярная литература. Более того, как показывают доктора Уолен, ДиГуссепп и Уэсслер в данной книге, РЭТ почти неизбежно включает библиотерапию, впрочем, как и другие когнитивные методы. И я счастлив, что много подходящих книг, включая некоторые мои собственные, доступны читателям.

Учитывая интерес в настоящее время к РЭТ как со стороны врачей, так и населения, должна быть написана основательная книга, детально разъясняющая, как начинающие и более опытные терапевты могут использовать разнообразные когнитивно-эмоционально-поведенческие приемы РЭТ. Настоящая книга докторов Уолен, ДиГусеппа и Уэслера максимально приближается к этой цели. Книга охватывает почти все аспекты РЭТ, включая применение её в индивидуальной, семейной и другой психологической терапии. Авторам свойственна ясность и четкость изложения, книга насыщена описаниями применения РЭТ в реальной ситуации.

Анализируя литературу по РЭТ, включая эту отличную книгу, и свой собственный 25-летний опыт работы в этой области у меня возникает вопрос, каковы характерные особенности хорошего рационально-эмотивного терапевта? Как я уже отмечал раньше, критически реагируя на статью Карла Роджерса (С.Кo§er5,1957) "Необходимые и достаточные условия терапевтического изменения личности", "вероятно не существует единственного условия, абсолютно необходимого для успешного изменения эмоционального состояния и поведения" (ЕШЗ, 1959, стр.538). Я также утверждал, что не существует каких-то особых необходимых черт, которыми должен обладать хороший терапевт чтобы успешно лечить (ЕШЗ, 1974а). Тем не менее, на мой взгляд, существуют черты, очень желательные для любого терапевта и для специалиста по РЭТ в особенности (Уе581ег апб ЕШЗ, 1979). Разрешите кратко остановиться на некоторых из них.

Рассудительность. Хотя многие очень рассудительные люди, включая очень рассудительных врачей, испытывают эмоциональные проблемы, я полагаю, что существует отчетливая тенденция у рассудительных людей делать разумные выводы исходя из собственного опыта. И они выбирают лучшие способы решения проблем из того разнообразия мнений, которое окружающие, в том числе и врачи, могут им предложить. Если это действительно так, то каждому терапевту, включая практикующих РЭТ, весьма желательно быть рассудительными и никак не уступать в этом своим пациентам.

Профессиональные знания. РЭТ является одним из немногих современных методов психотерапии, который осознанно, теоретически и практически обоснованно, включает более десятка когнитивных, эмотивных и поведенческих техник, каждая из которых имеет множество разновидностей. Как отмечал Арнольд Лазарус (АЪагаз, 1976), терапевтам, применяющим РЭТ, важно обладать обширными знаниями в области психотерапии и умением эффективно применять различные психотерапевтические методы. Следует пробовать различные методы до тех пор, пока больной не почувствует облегчение (ЕШЗ, 1972).

Эмпатия. Специалисты по РЭТ не склонны преувеличивать значение эмпатии, о которой так часто говорили Роджерс (К.о§er5,1951) и его последователи (СагкЪигТ, 1969), заключающейся в отражении негативных чувств пациентов о самих себе и окружающем мире. Поэтому эмпатия часто подразумевает, что жизнь пациентов действительно полна несчастий и у них нет другого выбора, кроме как жить в тревоге и депрессии. Однако, терапевты, занимающиеся РЭТ, стремятся проявлять значительно больше эмпатии, чем терапевты других ориентации, в тех случаях, когда они проникновенно чувствуют жизненную философию своих пациентов (в частности, философию самоконфронтации), создающую или усиливающую эмоциональные проблемы. Поэтому эмпатия в РЭТ во многих отношениях глубже других форм терапевтической эмпатии. РЭТ-ориентированная эмпатия дает пациентам не только чувство, что их слушают и понимают, но и ощущение, что терапевт понимает их чувства лучше, чем они сами. Следовательно, уже после нескольких сеансов РЭТ пациенты могут слушать самих себя и понимать свои чувства лучше, чем когда-либо прежде. Терапевтам, специализирующимся в РЭТ, полезно развивать в себе эту специфическую эмпатию, это действительно важно при оказании помощи больным.

Настойчивость. Люди становятся пациентами психотерапевтов не только потому, что они легко создают сами себе проблемы (что, вероятно, делают все люди), но также потому, что они слишком благосклонно относятся к собственным ошибочным чувствам, мыслям, поведению и не проявляют настойчивости в нелегкой работе, которая обычно требуется для того, чтобы изменить себя. Если терапевт в такой же мере нетребователен и позволяет пациентам (и себе) работать спустя рукава, то в этом случае достигнуть многого не удастся. Поэтому терапевтам следует работать активно и настойчиво, показывать пациентам, как они сами себе создают проблемы и как можно корректировать себя с помощью поведенческих, когнитивных и эмотивных приемов.

Заинтересованность в помощи другим. Даже если психотерапия становится наукой и искусством, тем не менее она нуждается в реальной заинтересованности терапевтов помогать другим, и мы должны добавить, - заинтересованности, приносящей радость. Поэтому терапевту, стремящемуся к успеху, важно любить людей и искренне желать им добра, с неподдельным интересом общаться с людьми, даже если они говорят глупости, помогать им изменить себя в нужном направлении. К сожалению, многие терапевты получают большое удовольствие от драмы неэффективного лечения (такого, как психоанализ, психодрама, группы

столкновений). Они, следовательно, занимаются такого рода лечением скорее ради самих себя, а не столько ради помощи пациентам. Если терапевт не владеет эффективными лечебными приемами и не получает удовольствия от работы с больными, может быть, ему было бы лучше сменить профессию.

Научные изыскания. Как отмечали Айзенк (Еузеппс, 1964), Йетс (Yale, 1970) и другие терапевты, успешный психотерапевтический процесс в значительной степени сочетается с научными исследованиями и экспериментом. На каждый лечебный сеанс терапевты приходят с определенными теоретическими построениями о том, как пациенты создают себе проблемы и как им можно помочь измениться. И затем, терапевты пытаются применить свою теорию к данному конкретному больному во время конкретного лечебного сеанса. Особенно это справедливо по отношению к РЭТ, стремящейся быть научно обоснованной теорией и практикой, свободной от догм и чрезмерных неоправданных обобщений. РЭТ продолжает развиваться, устаревающие приемы заменяются новыми, дающими лучшие результаты. Поэтому терапевты, успешно практикующие РЭТ, не считают любое положение РЭТ абсолютно справедливым и неизменным с течением времени. Они проверяют собственные конкретные представления о своих пациентах и общие принципы РЭТ, продолжая вносить уточнения в свои научные взгляды и лечебные процедуры. РЭТ заметно изменилась за годы своего существования, особенно за счет появления многих новых когнитивных, эмотивных и поведенческих техник, которых не было, когда я начинал практиковать РЭТ ещё в 1955 году. Терапевты, отдающие предпочтение РЭТ, будут и в дальнейшем развивать и совершенствовать ее теорию и практику.

Применение терапевтом РЭТ на самом себе. Я согласен с замечанием Карла Роджерса (СКо^егЕ, 1951), что

терапевтам, занимающимся недирективной терапией, желательно, но не обязательно, самим проходить

такую терапию. Что касается РЭТ, было бы очень полезно терапевтам пройти курс индивидуальной или

групповой РЭТ, чтобы лучше знать и понимать её, видеть её преимущества и недостатки, чтобы быть

способным понять сопротивление пациентов лечению вообще и сопротивление в процессе РЭТ в частности.

За многие годы я заметил, что наибольших успехов добиваются те терапевты, кто серьезно изучает

литературу и активно практикует РЭТ, кто использует РЭТ для решения собственных проблем и извлекает из

этого максимум пользы. Я думаю, что тенденция многих традиционных поведенческих терапевтов в

последнее время стать когнитивно-поведенческими терапевтами или РЭТ терапевтами во многом связана с

тем, что они разочаровались в возможностях применения ортодоксальной поведенческой терапии в

собственной жизни и убедились в том, что РЭТ очень хорошо помогает терапевтам преодолевать

собственные стойкие эмоциональные проблемы. Во всяком случае мы убедились, что для курсантов,

проходящих стажировку в Институте по рационально-эмотивной терапии в Нью-Йорке и желающих стать

членами нашего общества или получить сертификат, использование РЭТ в решении собственных проблем

является одной из наиболее важных сторон обучения. И мы понимаем, что этим аспектом РЭТ никогда не

следует пренебрегать.

Таковы некоторые важные особенности хороших специалистов по РЭТ. Но, конечно, это не всё, и никто не обязан обладать всеми этими качествами. Одно из главных достоинств этой книги как раз и заключается в том, что она помогает приобрести и развить в себе необходимые качества для успешной работы терапевтом. Согласно одному из основных принципов РЭТ, как подчеркивают доктора Уолен, ДиГусепп и Уэсслер, каждый человек в большей или меньшей степени способен контролировать свои эмоциональные реакции и поведение, и может добиться успеха в работе и личной жизни. Одним из лучших способов повысить свою компетентность в РЭТ является изучение этой книги и применение на практике содержащихся в ней очень важных и полезных рекомендаций. Почти каждый, занимающийся лечением или консультированием, кто серьезно отнесется к этой книге и не чересчур серьезно к себе, приобретет очень много.

Институт по рационально-эмотивной терапии

Альберт Эллис

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время написано много книг и статей по рационально-эмотивной терапии (РЭТ). Альберт Эллис, создатель и самый яркий представитель РЭТ, написал самостоятельно и в соавторстве более 40 книг. Большинство из них написаны как практические пособия по самопомощи. Клинические и психологические исследования показали эффективность библиотерапии (E1115,1977а, 1978б). При общении с терапевтом пациенты имеют возможность более основательно проработать эти пособия. Данная книга дополняет существующую литературу по РЭТ и предназначена не для пациентов, а для врачей, желающих овладеть РЭТ.

Объяснить основные принципы РЭТ не очень трудно. Для РЭТ характерны простота языка и, как точно выразился доктор Эллис, запоминающиеся идеи (например, "мастурбация ведет к самоосуждению!"). Прочитав "Новое руководство по рациональному образу жизни" (ЕШЗ апб Nagreg, 1975) кто-то сможет без труда выступить с занятием лекцией. И действительно многие пациенты могут прочитать лекцию и вполне прилично пересказать принципы РЭТ, однако они, быть может, не смогут применять эти знания для решения собственных проблем. Провести пациента через лабиринты РЭТ часто представляется намного проще, чем это есть на самом деле.

Мы вспоминаем собственные затруднения, когда учились отличать разумные суждения от заблуждений и устанавливать связь между эмоциональным состоянием и жалобами пациентов. Мы вспоминаем, с какой лёгкостью вязли в непринципиальных спорах, когда были начинающими терапевтами. Другими словами, взаимодействие терапевта и пациента во время сеансов не всегда так просто и понятно, как выглядит в книгах. И порой в книгах трудно найти ответы на проблемы и затруднения пациентов.

За прошедшие годы многие терапевты прошли тренинг в Институте по рационально-эмотивной терапии. И даже в течение короткого, но интенсивного, пятидневного цикла по РЭТ был замечен, если судить по видеозаписям сеансов, ежедневный прогресс в поведении курсантов. Помимо тренировок и обратной связи, существенным фактором отмеченного прогресса терапевтов была сильная традиция общения в РЭТ. Руководители давали своим курсантам, которые в свою очередь могли стать руководителями, множество полезных советов и подсказок о практической стороне РЭТ. Традиции общения таковы, что повод для подсказки может потерять актуальность, но сама полезная информация при этом продолжает распространяться. В данном руководстве по крупным собран клинический опыт таких специалистов по РЭТ, как Билла Кнауза, Эда Гарсиа, Джона Гейза, Жанет Волф, Гингера Уотерса, Ларри Муди, Ховарда Кассинова, Билла Голдена, Розы Оливер, самого Альберта Эллиса. Здесь потребовалось бы слишком много места, чтобы перечислить всех специалистов.

Поэтому цель данного руководства - систематизировать опыт очного обучения. Полагаясь на свой собственный жизненный опыт и опыт оказания помощи другим мы постарались включить в книгу многое из того, что является камнем преткновения для начинающих терапевтов. Все эти затруднения мы будем преодолевать, используя основную "АСП"-модель рационально-эмотивной терапии, а также с помощью большого количества подсказок, афоризмов, примеров, разъяснений и других традиционных приёмов.

Главы в книге построены так, чтобы врач мог бы легко найти описание интересующей его проблемы. Например, у пациента выявлены проблемы, связанные с "А" (так называемое Активирующее событие), при этом он жалуется, что "всё болит" или у пациента может быть в целом всё в порядке, но он хотел бы добиться более заметных успехов. Как поступить врачу в этой ситуации? Глава 3 содержит соответствующие полезные сведения. Предположим, врач выявил проблему, обозначаемую термином "должен" и не знает, как лучше построить дискуссию с пациентом. В этом случае полезными могут быть главы 6, 7 и 8. По своей сути это руководство задумано как практический справочник-путеводитель находить помощь, когда как врач вы испытываете затруднения.

Работая над руководством мы столкнулись с языковыми проблемами. Особенно с проблемой указания пола. Мы не делали акцента на половых различиях и старались пользоваться нейтральными терминами, хотя иногда для большей ясности мы использовали слова "он" или "она" без существенного ухудшения стиля. Мы надеемся читатель поймёт, что наш выбор языка не отражает какой-либо предвзятости по отношению к тому или иному полу.

Подобная проблема возникала при выборе термина для обозначения людей, обращающихся за помощью к психотерапевту. Считается, что термин "больной" или "пациент" служит ярлыком болезни. Слово "клиент", как альтернатива, пока не имеет широкого употребления. Мы решили применять оба эти термина как равноправные ради разнообразия языка.

В этой книге основное внимание уделяется применению РЭТ у взрослых. Хотя РЭТ подтвердила свою эффективность при работе с детьми и подростками, мы всё же считаем, что для работы с этими группами требуются специальные знания и навыки, что выходит за рамки этой книги. Если у вас уже есть опыт лечения детей и подростков, эта книга будет вам полезна. Но, если такого опыта у вас нет, мы настойчиво советуем вам пройти специальную подготовку прежде, чем заниматься детьми, или же направлять их к врачу, имеющему достаточный опыт. Также существуют и другие специфические проблемы, с которыми рациональный терапевт может не справиться без специальной подготовки. Одной из таких областей является консультирование по вопросам секса. Такая дисциплина, как сексуальная терапия, предполагает обширные знания о человеческой сексуальности, её физиологии, патологии и лечении. Без этих специальных знаний

терапевт или консультант могут оказать пациенту плохую услугу. Подчеркнём ещё раз, когда вы сталкиваетесь с подобными проблемами у пациентов, мы советуем вам пройти специальную подготовку или направлять таких пациентов к более опытному врачу.

Существуют некоторые заболевания, которые плохо лечатся с помощью РЭТ, хотя они могут уступать другому виду лечения. В частности, РЭТ имеет ограниченное применение у психотических больных. Рационально-эмотивная терапия или какая-либо другая психотерапия может помочь облегчить состояние психотических больных, но она не в состоянии остановить психотический процесс, в котором задействованы биохимические и патофизиологические факторы. Психотические больные, однако, могут иметь невротические проблемы или эмоциональные реакции на само психотическое заболевание. В таких случаях РЭТ действительно полезна. К той же категории относятся больные с неврологическими повреждениями. РЭТ не избавит от неврологического расстройства, но поможет пациенту бороться со своим заболеванием и поможет преодолеть невротические реакции на основное заболевание.

Это руководство предназначено для практикующих врачей, незнакомых с ЮТ. Поскольку РЭТ представляет собой объёмную когнитивно-обучающую терапию, мы предполагаем, что читатель имеет определенные представления о психологических принципах, приемах изменения поведения, об общих правилах консультирования. Без этого есть риск, что РЭТ, как и любой другой метод психотерапии, будет применяться механистично, что не так уж страшно для пациентов, но менее эффективно.

Во всяком случае, если вам не достаёт общих психологических знаний, мы советуем вам начать изучение РЭТ с чтения первых шести глав книги "Новое руководство по рациональной жизни" (ЕШ\$ апо* Нагрег, 1975) и классической книги Эллиса "Рассудок и эмоции в психотерапии" (1962).

В процессе учебы в Институте по рационально-эмотивной терапии курсанты делают видеозаписи всех своих лечебных сеансов, конечно, с согласия пациентов. По ходу чтения этой книги мы не один раз будем просить вас, читатель, выполнить упражнения по самопроверке, так что в дополнение к возможности наблюдения за работой коллег у вас будет возможность наблюдать за собой. Поэтому, если вы ещё не привыкли к записям своих лечебных сеансов, начинайте сейчас.

Мы хотим выразить благодарность коллегам, прочитавшим рукопись и высказавшим свои замечания: доктору Альберту Эллису, доктору Жоржу Спиваку, доктору Аарону Беку, доктору Барри Бассу, Доктору Моррису Роземану, доктору Лоренс Доннер, аспирантам и студентам Государственного Университета Тоусон и Университета Хофстра.

Июнь, 1979 Сюзан Уолен

Раймонд ДиГусепп Ричард Уэсслер

Глава 1

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ РЭТ И КАК ИХ ИЗЛАГАТЬ

Работы Альберта Эллиса (1962, 1976, 1978а) охватывают три основные области: рационально-эмотивную

теорию, рационально-эмотивную философию и рационально-эмотивную терапию. Теория базируется на

концепции Эллиса о причинах человеческих эмоций; философия исповедует гуманистический гедонизм как

цель жизни; терапия представляет собой прагматическую клиническую систему. Мы построили настоящую

главу в соответствии с этой триадой и начинаем с рационально-эмотивной теории.

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНАЯ ТЕОРИЯ

Тремя основными психологическими аспектами деятельности человека являются мышление, эмоции и поведение. Все три аспекта взаимосвязаны, изменение одного из них часто вызывает изменение других. Если человек изменяет способ мышления, т.е. думает о событии по-другому, очень вероятно, что вслед за этим изменится и его эмоциональная реакция на событие и, возможно, также изменится поведение. Поведенческая психология делает акцент на изменении окружающей обстановки для изменения поведения, в то время как когнитивная психология сосредотачивается на изменении содержания мыслей. Существует немного психологических направлений, ориентированных непосредственно на эмоции, поскольку на эмоции трудно оказать прямое воздействие. В этом отношении теория РЭТ, возможно, является уникальной, поскольку она фокусируется на взаимодействии мыслей и эмоций. Итак, первый и наиболее важный принцип рационально-эмотивной теории состоит в том, что мысли являются главным фактором, определяющим эмоциональное состояние человека. Проще говоря, как мы думаем, так и чувствуем. Не события и другие люди заставляют нас "чувствовать хорошо" или "чувствовать плохо", а наши собственные мыслительные процессы определяют самочувствие. Поэтому, хотя внешние события в прошлом или настоящем оказывают влияние на нас, но они не являются причиной наших эмоций. Наши внутренние качества, наше восприятие и оценка внешних событий и обстоятельств являются более прямым и мощным источником наших эмоциональных реакций.

Второй главный принцип рационально-эмотивной теории гласит, что в основе патологии эмоций и многих

психопатологических состояний лежат нарушения мыслительных процессов. К ним относятся: преувеличение, упрощение, чрезмерное обобщение, алогичные предположения, ошибочные выводы, абсолютизация. Для описания этих когнитивных ошибок Эллис использует термин "иррациональные суждения". Эллис выделил некоторые конкретные иррациональные суждения, типичные для нашей культуры, которые, по его мнению, создают много эмоциональных проблем. Например, широко распространено мнение, что человек должен быть любим и понимаем всеми значимыми лицами из своего окружения (Эллис, 1962, р.61). Это мнение иррационально, потому что просто невозможно, чтобы все значимые лица одобряли наше поведение, всегда найдется кто-нибудь с другими взглядами. Даже если бы все одобряли нас, нам пришлось бы всё время беспокоиться о том, как сохранить их одобрение. Поэтому убеждение в необходимости одобрения со стороны всех значимых лиц является непосредственной причиной тревоги.

Большинство иррациональных суждений можно отнести к одной из следующих основных категорий: (1) катастрофизация, т.е. преувеличение негативных последствий событий; (2) выражения "следует", "должен", "обязан", которые отражают неадекватные требования к людям или ситуациям; (3) выражения оценки ценности человека, как себя, так и других. Такая оценка предполагает, что одни люди имеют меньшую ценность, чем другие; (4) выражения потребностей, т.е. субъективных условий для счастья или выживания. В состоянии эмоционального дискомфорта у нас появляются нереальные желания. Само по себе желание безвредно, но нарушения возникают из-за того, что наши желания разрастаются до неадекватных требований, которые и являются источником эмоциональных нарушений. Эти требования составляют суть иррациональных суждений и распознаются по таким ключевым словам, как "следует", "должен", "обязан", "необходимо", "приходится".

Эллис часто знакомит своих пациентов с этой моделью эмоциональных расстройств на следующем примере: Врач (В): предположим, когда Вы уходили сегодня утром из дома, Вы сказали себе: "Я хотел бы взять с собой сегодня пять долларов, больше мне не нужно. Хотя это и не обязательно, но всё же я бы предпочел иметь с собой пять долларов". Позднее Вы обнаружили у себя в кармане только четыре доллара. Как по вашему мнению Вы бы себя чувствовали?

Пациент (П): думаю, я был бы огорчен.

В: Правильно! Вы были бы огорчены или испытывали сожаление, но по этому поводу Вы бы с собой не покончили. А сейчас представьте, что уходя из дома Вы сказали себе: "Я должен взять с собой сегодня пять долларов, не больше. Но эти деньги я должен иметь при себе всегда". Позднее выяснилось, что у Вас только четыре доллара. Как бы Вы себя чувствовали?

П: Мне кажется, был бы очень расстроен.

В: Вы наверняка были бы расстроены, если бы обнаружили, что у Вас нет того, что Вы ДОЛЖНЫ иметь. Теперь допустим, Вы также считали, что всегда должны иметь пять долларов, однако в кармане у Вас оказалось шесть долларов. Как бы Вы себя чувствовали?

П: Был бы счастлив. Может быть даже слишком?

В: Да, возможно Вы бы чувствовали себя счастливым, но скоро Вы бы вновь испытывали беспокойство. Знаете почему?

П: Нет.

В: Предположим Вы потеряли два доллара или потратили, или Вас обворовали. Видите, в любом случае Вы чувствуете себя несчастным, когда считаете, что ДОЛЖНЫ иметь что-либо. Вы волнуетесь, когда у Вас этого нет и также волнуетесь, когда есть!

Поскольку основной тезис рационально-эмотивной теории гласит, что как мы думаем, так мы чувствуем, то чтобы разрешить эмоциональные проблемы, мы начинаем с анализа мыслей. Если дистресс является результатом нарушения мышления, то лучший способ избавиться от дистресса - изменить наши мысли.

Следующий принцип рационально-эмотивной теории утверждает, что разнообразные факторы, включая влияние наследственности и окружающей среды, имеют значение в происхождении иррационального мышления и психопатологии. Вероятно, у всех народов есть склонность легко формировать иррациональные суждения, о чем свидетельствует их широкая распространенность. При этом культура, которой мы принадлежим, наполняет эти суждения конкретным содержанием.

Как и многие современные психологические теории, рационально-эмотивная теория подчеркивает влияние на поведение не прошлого, а настоящего. Поэтому, согласно другому принципу рационально-эмотивной теории, наследственность и окружающая среда, хотя и играют важную роль в возникновении психопатологических расстройств, не так значимы для понимания механизмов сохранения этих расстройств. Люди сохраняют свои нарушения за счет внушения себе определенных идей. Причиной эмоционального дистресса является приверженность людей иррациональным суждениям. Каким бы образом не возникали иррациональные суждения, если бы пациенты критически оценивали свое мышление и отказывались от заблуждений, их деятельность была бы совершенно другой.

Ещё один принцип рационально-эмотивной теории утверждает, что актуальные суждения можно изменить, хотя не всегда это просто. Иррациональные суждения поддаются постепенному изменению посредством активного и настойчивого наблюдения за своим мышлением и самоанализа. Таким путем достигается снижение уровня эмоционального дистресса.

МИФЫ И ЗАБЛУЖДЕНИЯ

Мы хотели бы развеять некоторые из распространенных заблуждений о РЭТ. "Рациональный" не означает "безэмоциональный". Рационально-эмотивная теория не утверждает, что все эмоции должны быть подавлены, наоборот, это естественно, что иногда мы бываем сильно расстроены. Даже когда рассудок доминирует, человек может испытывать неприятные эмоции, хотя и менее выраженные. Рациональное мышление отличается от иррационального по частоте, выраженности продолжительности негативных эмоций, а не по их наличию или отсутствию.

Эмоции являются мощным мотиватором поведения в целом и изменения поведения в частности. Классический закон Йеркеса-Додсона (Угкез-Водзоп), описанный в большинстве учебников по общей психологии, указывает на связь между выраженностью эмоций и поведением. Когда люди не испытывают никаких эмоций или отмечается другая крайность - чрезмерно сильные эмоции, эффективность действий снижается. Например, если студент чрезмерно волнуется, он может провалиться на экзамене. Если же студент совершенно безразличен, то, вероятно, у него никогда не было мотивации изучать предмет, и он также может не сдать экзамен.

Существует другое заблуждение: если человек не считает ситуацию "ужасной", у него не будет стремления изменить её. Однако, термин "рациональный" не означает пассивного принятия событий. События и обстоятельства бывают двух видов: те, которые мы можем изменить и те, которые не можем. Принятие неблагоприятной реальности без слишком сильного расстройства предполагает следующее: признание того, что эта реальность существует, что она неприятна, но что было бы неразумно требовать или настаивать, чтобы такие события не повторялись. Конечно, индивид может сохранять бдительность и настойчиво пытаться предотвратить повторение таких событий. Однако, когда мы чувствуем себя расстроенными, мы не очень хорошо готовы решать проблемы и эффективно изменять окружающую обстановку.

Итак, рационально-эмотивная теория строится на следующих принципах:

1. Когнитивная сфера является наиболее важным, хотя и не единственным, фактором, определяющим эмоциональное состояние.
2. Иррациональное мышление часто вызывает нарушение эмоционального состояния.
3. У нас есть склонность мыслить иррационально и расстраивать себя, эта склонность получает подкрепление из нашего окружения.
4. Мы сами затягиваем состояние эмоционального дистресса, продолжая культивировать в себе иррациональное мышление.
5. Лучший способ уменьшить эмоциональный дистресс - изменить наши мысли и поведение путем настойчивой тренировки.
6. Рациональное мышление ведет к снижению частоты, выраженности и продолжительности эмоциональных расстройств, но не притупляет аффект и чувства.

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНАЯ ФИЛОСОФИЯ

Рационально-эмотивная теория опирается на глубокие философские корни. Эллис выбрал следующую цитату Эпиктета, философа-стоика первого века нашей эры, в качестве отправной точки РЭТ:

"На людей влияют не сами события, а то, как люди их воспринимают."

Наша точка зрения на события зависит от нашего восприятия и оценки, которые в свою очередь отражают наши личностные системы ценностей. Как и другие философские школы, рационально-эмотивная философия включает: (1) эпистемологию, теорию познания, (2) диалектику, искусство аргументации, (3) систему ценностей и (4) этические принципы.

ЭПИСТЕМОЛОГИЯ

Как мы отличаем истинное от ложного? Каковы самые верные и надежные способы приобретения знаний? Рационально-эмотивная философия утверждает, что лучшим способом получения знаний о себе, других и о мире является научный метод. В то время, как религия признает наиболее важным способом познания озарение и святое вдохновение, РЭТ отстаивает научное мышление. На любое суждение пациента РЭТ имеет хороший вопрос: Где доказательства верности вашего мнения?" В РЭТ мы помогаем нашим пациентам стать хорошими учеными, чтобы они могли собирать правильную информацию, логически использовать имеющиеся данные и могли формировать здоровые полезные суждения.

Наука начинается с вопроса "Что это?!", следующий вопрос касается взаимосвязи между явлениями. Гипотезы создаются для того, чтобы ответить на поставленные вопросы, а наблюдения и измерения проводятся с целью проверки гипотез. Если наблюдения подтверждают гипотезу, то гипотеза принимается и мы говорим о чем-то как об истинном факте. Строгое наблюдение помогает избавиться от мистицизма и магии. Кроме того, результаты наблюдений должны быть подтверждены несколькими исследователями для того, чтобы исключить влияние "особой силы" интуиции и озарения.

Каким образом всё же мы приходим к выводу об истинности или ошибочности чего-либо? Мы устанавливаем вероятность истинности путем неоднократной проверки результатов наблюдения. Конечно, мы надеемся сделать больше, чем просто подтвердить отдельные факты; мы надеемся сделать обобщения или даже создать теорию. Применяя созданную теорию мы имеем возможность предвидеть повторение одних и тех же явлений. Для этого мы формулируем новые гипотезы, работающие в различных ситуациях.

Мы предприняли этот краткий экскурс в эпистемологию для того, чтобы показать некоторые важные особенности РЭТ. Мы хотим, чтобы наши пациенты научились делать умозаключения на основе тщательного отбора доказательств и логического мышления, а не судили бы об истинности ориентируясь на нас, специалистов в области человеческих отношений и отчасти священников. С этих позиций пациенты будут создавать более реалистичную картину (или теорию) себя и мира, в котором они живут.

ДИАЛЕКТИКА

Достигнуть искусства логического мышления непросто; большинство людей выглядят специалистами по нелогичности. Вот типичный пример алогичного мышления, содержащего самоосуждение:

Я должен быть совершенным.

Я сделал просто ужасную ошибку.

Это доказывает, что я несовершенен и поэтому никчем.

Имеет ли такое рассуждение научную строгость? Конечно нет. Где доказательства правоты утверждения "Я должен быть совершенным"? Их нет, хотя есть достаточно доказательств, что я, как и любой человек, несовершенен и поэтому исходя из здравого смысла я "должен" быть несовершенным, а не наоборот.

Рассмотрим утверждение "Я сделал просто ужасную ошибку". Можно показать, что я сделал ошибку (хотя лучше не спешить с оценкой, может быть, прошло слишком мало времени, чтобы твердо заявить, что это была ошибка), но как я могу доказать, что любая ошибка "Ужасна"? Насколько плохим что-то должно было быть в прошлом, чтобы провести разграничение между "очень плохим" и "ужасным"?

То, что я несовершенен подтверждается моей ошибкой, но следует ли из этого логический вывод о моей никчемности? Разумеется нет, хотя те люди, кто мыслит дихотомически, ответят утвердительно. В дихотомическом мышлении есть только две категории, такие как "совершенный" и "никчемный".

Пациенты редко осознают основные особенности своего мышления или течение собственных мыслей. Чаще они концентрируются только на выводах. Если выводы нелогичны, то они могут создавать эмоциональные проблемы. Рациональное мышление предполагает логические рассуждения опирающиеся на проверенные данные. Если мы мыслим рационально, то маловероятно, что мы придем к выводам, которые вызовут очень сильные отрицательные эмоции.

ЦЕННОСТИ

Согласно философии РЭТ большинство людей ориентируются на две ясные ценности, хотя не часто говорят о них вслух. Этими главными ценностями являются сохранение жизни и получение удовольствия. По отношению человека к этим ценностям можно определить, насколько рационально его мышление. Всё, что способствует поддержанию жизни и счастья, можно определить как рациональное. Всё, что направлено против выживания и счастья, по нашему определению будет иррациональным. Найти основные жизненные цели: прожить собственную единственную жизнь как можно более счастливо, несмотря на несовершенство человеческого организма, природы и социального мира; жить бесконфликтно в своем микросоциальном окружении; иметь теплые отношения с близкими нам людьми. Это и есть те ценности, которые отстаивает РЭТ.

ЭТИКА

Рационально-эмотивная философия утверждает, что построить справедливые отношения с окружающими можно на основе человеческого благоразумия и предвидения последствий наших действий. Что нравственно, а что нет, решается в каждой конкретной ситуации; абсолютно правых или неправых не бывает. В действительности, оценка своих действий категориями абсолютной правоты или ошибочности ведет к чувствам вины, стыда, к тревоге и депрессии, либо враждебности и нетерпимости к другим.

Опыт показывает, что если мы несправедливы к другим (ложь, мошенничество, воровство, грубость и т.д.), то рано или поздно наступит возмездие. Чтобы дать правильную оценку происходящему, нужно знать правила справедливой игры (или выражаясь более техническим языком "нормы взаимодействия"). Таким неписаным правилом является справедливое отношение друг к другу. Хотя часто трудно определить, что входит в понятие "справедливость", у людей обычно есть четкое представление, что является справедливым, а что нет. Если кто-либо нарушает социальные нормы, такие действия получают соответствующую оценку. Сначала окружающие пытаются мягко или более жестко заставить нарушителя подчиняться правилам общежития. Эти попытки могут включать советы, предупреждения или даже наказания. Если нарушение норм продолжается, то этого человека исключают из социальной группы. Поскольку большинство из нас заинтересовано в бесконфликтных отношениях с окружающими и в теплых отношениях с близкими нам людьми, то угроза быть отвергнутым заставляет нас соблюдать общественные нормы. Итак, не в наших собственных интересах поступать несправедливо, необдуманно, эгоистично.

Следовательно, согласно нравственным принципам рационально-эмотивной философии, замышлять и причинять людям неприятности является дурным тоном. Но не будем абсолютизировать это утверждение, РЭТ выступает против догматизма. Это дурной тон в том смысле, что это плохо для самого человека, поскольку такие поступки могут помешать достижению своих целей. Этические принципы, которые отстаивает РЭТ, не опираются на догматизм. Наоборот, РЭТ придерживается точки зрения, что упрямство, авторитарность, догматизм и абсолютизм представляют собой худшие характеристики любой философской системы. Такой стиль мышления ведет к неврозам и проблемам.

РЭТ помогает пациентам использовать разум при решении этических дилемм, помогает развивать недогматическую и неабсолютистскую, но социально зрелую философию жизни. Нравственные принципы формируются исходя из ответа на вопрос: "Не повредят ли мои действия другим людям?", менее удачен вопрос: "Нарушает ли это общепринятые правила?" Нравственные поступки всегда выгодны и окружающим, и себе; они никому не вредят. Итак, нравственные заповеди РЭТ очень схожи с золотым правилом: делай так, чтобы подать хороший пример людям или поступай так, как хотел бы, чтобы поступали другие.

ОТВЕТСТВЕННЫЙ ГЕДОНИЗМ

Философская направленность РЭТ - это откровенный гедонизм. Однако, в отличие от слепого инстинктивного гедонизма фрейдовского "Оно", в РЭТ гедонизм управляем и имеет индивидуальные особенности. В то время, как в концепции "Оно" всеми нами управляют одни и те же импульсы, согласно РЭТ людям присущ активный поиск разнообразных приятных переживаний, поиск удовольствия. РЭТ не предписывает, как и за счёт чего получать удовольствие, но подчеркивает, что получение удовольствия и сохранение жизни являются основными целями жизни.

Гедонизм можно определить просто как поиск удовольствия и избегание неприятных переживаний, но это не означает, что удовольствие должно продолжаться непрерывно. Если вы получаете удовольствие от чего-либо, что имеет отрицательные побочные эффекты, то удовольствие не будет очень долгим. Так, если вы злоупотребляете алкоголем или принимаете наркотики, возможно вы получаете кратковременное большое удовольствие, но за этим следует более длительное и тяжёлое абстинентное состояние. Так как кратковременное удовольствие может создавать препятствия для достижения другой основной цели - сохранения жизни, РЭТ учит умеренности.

Умеренность мы обозначаем термином гедонистское исчисление. Это понятие заимствовано у философов 19-го века. Конечно, это не настоящее математическое исчисление, так как цифрами нельзя оценить наши разнообразные устремления в получении удовольствия. Гедонистское исчисление - это скорее разумная привычка спрашивать себя, может ли удовольствие, которое мы получаем сегодня, дать обратный эффект завтра, через неделю или даже через несколько лет. Но, если бы мы жили только ради будущего, мы бы проходили мимо удовольствия сегодня, это тоже было бы неразумно. Итак, как вы видите, достижение простых гедонистских целей сохранения жизни и получение удовольствия может быть весьма сложным. Как немедленное получение удовольствия, так и отсрочка удовлетворения имеют свои преимущества и недостатки. В РЭТ мы выступаем за поиск оптимального решения, когда ни настоящее, ни будущее не приносятся в жертву.

Существует особая форма гедонизма, заслуживающая подробного рассмотрения. Это тот случай, когда человек избегает боли, дискомфорта, неудобства и тем самым лишает себя возможности добиться желаемого результата. Человек может хотеть сделать что-либо, но в то же время может оставаться пассивным, когда необходимо приложить усилия для достижения поставленной цели. В РЭТ это избегание называется НИЗКОЙ ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТЬЮ или НОТ. Пациенты демонстрируют НОТ когда отказываются сделать что-либо полезное для себя, ссылаясь, например, что "это слишком трудно", "я бы испугался", "я бы это не выдержал". НФТ является, возможно, основной причиной отсутствия улучшения у части пациентов, осознавших истоки своих проблем и расстройств.

НФТ - это философия, это позиция личности, выражаемая следующим утверждением: "Я не должен делать ничего неприятного, лучше сохранить статус-кво, чем рисковать потерей комфорта". Хотя люди безусловно имеют право жить по такому принципу, они могут лишиться себя счастья достижения цели.

Ведёт ли откровенный гедонизм РЭТ к безответственности и анархии в человеческих отношениях? Нет, не ведёт, если человек обдумывает последствия своего поведения и не идет на всё ради достижения цели. Причинение неприятностей людям не входит в сферу наших основных интересов.

ЭТИЧЕСКИЙ ГУМАНИЗМ

Согласно гуманистическому подходу источником мудрости является человеческий ум, а не всемогущий Бог. Существование Бога вызывает сомнения или даже полностью отрицается. Для объяснения устройства мира не требуется помощь Бога (этим должна заниматься наука), как не требуется и для создания принципов нравственности (это можно сделать с позиции здравого смысла). Сам Эллис, вне сомнения, атеист. В нескольких статьях он постулировал, что в то время, как религия (как философия жизни) может быть рациональной, религиозность (как необоснованная догматическая и абсолютистская вера) есть не просто опиум народа, но и важная причина психопатологии. Он утверждает, что религиозность - это принятие абсолютистских понятий правоты и ошибочности, это вера в вечные муки в аду за допущенные ошибки, что ведёт к чувствам вины и стыда, тревоге и депрессии, а также к враждебности и нетерпимости к окружающим.

Хотя Эллис - несомненный гедонист, гуманист и атеист, тем не менее можно сохранить приверженность религии и при этом быть хорошим специалистом по РЭТ. Это демонстрируют многие священнослужители Христианства и Иудаизма, хотя они не разделяют атеизма Эллиса. Также не обязательно пациентам отказываться от религиозных убеждений, хотя полезно отказаться от крайних форм религиозной ортодоксальности для того, чтобы получать больше удовольствия от жизни, чтобы стать более терпимым к себе и окружающим.

РАЦИОНАЛЬНОСТЬ КАК ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ФИЛОСОФИЯ Как вы видите, когда специалист по РЭТ начинает исследовать систему убеждений

пациента, он сталкивается с определенными правилами жизни, которым пациент старается следовать. Эти личностные правила или философия жизни могут формироваться родительским воспитанием, религией, здравым смыслом или эфемерными представлениями о том, как следует жить. Эти правила становятся причиной расстройств вследствие их противоречивости, неадекватности и вследствие упрямого догматического следования им. Когда индивидуальные правила жизни мешают пациенту достичь целей сохранения жизни и счастья, мы их исследуем и помогаем изменить.

Врач надеется помочь пациенту принять такую новую философию жизни, которая поможет снизить эмоциональный дистресс и будет способствовать более счастливой жизни. Мы придерживаемся точки зрения, что люди, в зависимости от особенностей мышления, либо становятся ещё более несчастными из-за нелогичного ненаучного мышления, либо достигают ещё большей степени удовлетворения в жизни придерживаясь здравого смысла. Цели рациональной философии - сформировать убеждения и привычки, способствующие достижению следующих целей:

Сохранение жизни

Достижение удовлетворения жизнью

Умение ладить с людьми

Поддержание теплых отношений с близкими людьми

Стремление реализовать себя как личность

Специалисты по РЭТ знают и подчеркивают пациентам, что все люди ошибаются и никто не может избежать неудач и промахов. Врач помогает пациентам отказаться от собственных требований быть совершенными и помогает научиться конструктивно принимать себя и других людей такими, какие они есть. Лучше всего, если изменение философии жизни происходит благодаря научному, логическому мышлению.

РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Эллис создал терапевтическую систему, являющуюся эффективной практической клинической дисциплиной. РЭТ помогает при умеренно выраженных невротических расстройствах у взрослых, при более серьезных нарушениях и даже при психозах. РЭТ может применяться также и у детей уже в возрасте четырех-пяти лет. Врач и пациент прилагают совместные усилия в достижении поставленной цели, при этом врачу отводится активно-директивная роль с умением убеждать. Помимо этого, в РЭТ используется обучающий подход и пациент получает домашние задания, как в школе, и специально подобранное чтение, чтобы научиться применять приемы терапии за пределами врачебного кабинета и получать удовлетворение от жизни.

РЭТ не излечивает такие нарушения, как психозы, судорожные припадки, психоэмоциональные расстройства, связанные с эндокринными нарушениями. Важно, однако, что у многих таких больных есть невротические наслоения, которые успешно лечатся с помощью РЭТ. Например, больные маниакально-депрессивным психозом, даже на фоне лечения и вне депрессивной фазы, часто испытывают опасения рецидива заболевания. И хотя РЭТ не излечивает психозы, этот метод может быть очень эффективным при лечении невротических реакций у психотических больных. В сочетании же с психотропными средствами РЭТ может быть эффективным способом смягчения психотического процесса (Эллис и Абрахам, 1978).

МОДЕЛЬ "АСП"

Эллис создал простую концептуальную схему для иллюстрации роли процессов мышления в эмоциональных расстройствах. Он называет эту схему "АСП". В этой схеме А - Активирующее событие (или Активирующий опыт), т.е. это обычно неприятные или нежелательные внешние события. П - это эмоциональные и поведенческие Последствия, это как раз те неприятные аффективные реакции на события, которые побуждают пациентов искать помощи у психотерапевтов. С - это Суждения пациента. Суждения разделяются на рациональные и иррациональные. Врача будут интересовать прежде всего иррациональные суждения.

Мы рассмотрим подробно систему суждений, в частности иррациональные суждения, в шестой главе. Сейчас мы можем суммировать их в три основных иррациональных суждения, где главным является слово "Должен":

1. Я должен иметь успех и признание (иначе я буду червяком).
2. Вы должны ко мне хорошо относиться (иначе Вы вошь).
3. Мир должен давать мне то, что я хочу, всегда быстро и легко (если нет, то это ужасно).

Эти три "Должен" почти наверняка ведут не только к оценкам, приведенным выше в скобках, но и к следующим суждениям:

Дела ужасны

Я не могу это выдержать

Я (или Вы) отвратительная личность

Вне сомнения, что каждый, некритично разделяющий такие взгляды, испытывал бы огорчения. Поскольку рационально-эмотивная философия считает, что основная цель в жизни - жить и быть счастливым, эта философия также считает, что подобные неадекватные убеждения не совместимы с этой целью.

Когда пациенты считают, что А (Активирующие события) непосредственно вызывают П (Последствия, т.е. эмоциональные расстройства), они игнорируют или чаще не осознают значение мыслей, убеждений, системы отношений, философских концепций жизни. Пациенты во время психотерапии испытывают болезненные тягостные эмоциональные состояния. Поскольку они беспокоят сами себя, предполагается, что пациенты также могут перестать беспокоить себя. Другими словами, у пациента есть выбор собственных эмоциональных реакций и он нередко выбирает страдание, возможно не понимая как и почему это происходит. Важнейшая задача врача заключается в том, чтобы привести пациента к пониманию, что его психологические проблемы возникают в результате его собственного искажённого восприятия действительности и ошибочных суждений.

Этот основной принцип легко сформулировать, тем не менее довольно часто пациентам его трудно понять. Наша повседневная речь содержит много примеров, противоположных данной концепции. Как часто мы говорим или слышим такие фразы, как "Он меня сильно разозлил" или "Это меня очень расстроило!". Правильнее было бы сказать: "Я себя сильно разозлил!" или "Я себя очень расстроил Г¹". Но как непривычно звучат эти фразы для нашего уха! Тем не менее эти исправленные выражения соответствуют важной концепции: мы лично несём ответственность за свое эмоциональное состояние. Итак, эмоции не внедряются в нас каким-то магическим способом, а возникают в результате чего-то того, что мы реально делаем. В частности, во многом эмоции определяются тем, что мы сами себе говорим. Пациенты приходят на лечение твёрдо веря, что А вызывает П и это убеждение подкрепляется практически всеми знакомыми пациентов. Вы, коллега, будете обучать пациентов революционной идее, что С определяют П. Это ваш первый долг наставника помочь пациентам понять и принять эту точку зрения.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТОМУ, ЧТО ВНЕШНИЕ СОБЫТИЯ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКОМ НАШИХ ЧУВСТВ.

Как врач может показать пациенту, что внутренние факторы в большей степени влияют на наши чувства и поведение, чем внешние? Один из способов объяснить связь С-П - спросить пациента, как реагировали бы на подобную ситуацию другие люди. Например, пациент только что узнал о намерении жены развестись с ним. Пациент очень подавлен. Врач мог бы спросить пациента, как реагировали бы сто мужчин в такой же ситуации. Обычно пациенты отвечают: "Я думаю большинство были бы подавлены". (Если пациент отвечает "100 процентов", врач может подчеркнуть насколько такая оценка нереалистична.) Далее врач спрашивает: "Какой процент мужчин был бы подавлен - 40, 50, 60 процентов?". Когда пациент ответит, врач предлагает ему оценить другие возможные реакции у тех, кто не был бы подавлен. В этом случае пациент вынужден признать, что в то время, как возможно 50% мужчин были бы подавлены, кто-то из оставшихся был бы только расстроен, кто-то остался бы спокойным, некоторые испытали бы облегчение, а кое-кто просто прыгал бы от счастья. Когда определены различные возможные эмоциональные реакции разных людей, пациенту задают ключевой вопрос: "Если Активирующие события (А) действительно определяют эмоциональные Последствия (П), тогда как Вы объясните, что одно и то же событие вызвало так много различных эмоциональных реакций?" Большинство пациентов отвечают примерно так: "Я полагаю, что в действительности А не вызывает П" или "Люди все разные, поэтому и реагируют по разному". Стоящий на грани развода пациент сделал открытие, что А не вызывает П. Врач может подкрепить это самостоятельное открытие пациента и объяснить: "Правильно! Все они разные, они все реагируют по разному потому, что оценивают по разному". Теперь врач имеет почву под ногами и может использовать достигнутое в дальнейшей проработке данного вопроса.

Следующий пример поможет разобраться во взаимосвязях А, С и П:

Предположим Вы ведете машину и перед Вами загорается красный свет светофора. Заставляет ли красный свет Вас остановиться? Если бы Вас останавливал красный свет, Вы бы тормозили на любой красный свет, а не только на сигнал светофора. И если бы красный свет светофора всегда заставлял водителей останавливаться, то никто и никогда не проезжал бы на красный свет и не платил бы штраф. Всегда ли Вы останавливаетесь на красный свет светофора? Нет, не всегда. Может быть это раннее утро и улицы пустынные. Может быть Вы очень спешите. Может быть Вы везете в роддом жену, а у нее родовые схватки повторяются через две минуты. Другими словами, красный свет не всегда заставляет нас вести себя определенным образом. Здесь могут вмешаться другие факторы, а именно наше отношение и понимание ситуации, т.е. наша интерпретация.

ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ТОМУ, ЧТО ДРУГИЕ ЛЮДИ НЕ ЯВЛЯЮТСЯ ИСТОЧНИКОМ НАШИХ ЧУВСТВ

Обычно пациентам не нравится, когда окружающие вынуждают их расстраиваться. Об этом хорошо сказано в популярной песне: "Ты заставил(а) меня полюбить тебя. Я не хотел(а) этого. Я не хотел(а) этого". Но как же это может произойти? Если Вы действительно не хотели любить его или её, то Вы бы и не стали любить, поскольку наши мысли, убеждения, отношения порождают наши чувства. У людей нет возможности заставить Вас любить их. Они, возможно, способны заставить притворяться, что Вы любите, но Ваши собственные мысли и оценки контролировать не может никто даже с помощью магии. И именно Ваше мнение о людях порождает любовь, которую Вы чувствуете или не чувствуете.

Использование своеобразных "экспериментов" и аналогий помогает пациентам лучше понять проблему. В качестве такого эксперимента врач может предложить пациенту следующее:

Хорошо, Марша, если люди могут порождать у Вас эмоции, давайте посмотрим, смогу ли я это сделать прямо сейчас. (Пауза). Марша, я действительно к Вам хорошо отношусь и хочу, чтобы Вы всегда себя хорошо чувствовали. Ну и как Вы сейчас себя чувствуете?

Могут быть также полезны аналогии, подобные следующей: П: Она заставляет меня чувствовать себя такой виноватой!

В: Нет, Марша, это Ваши кнопки вины. Она может только нажимать на них, но электронную связь обеспечиваете Вы сами. Если Вы научитесь разъединять связь, то на какие бы кнопки она не нажимала, ответной реакции не будет.

Другой способ развеять заблуждение о том, что другие люди заставляют нас испытывать определенные чувства, состоит в подчеркивании несовместимости этой точки зрения с другим популярным убеждением американцев. Это вера в концепцию свободной воли. В большинстве иудейско-христианских религий людей учат верить, что человеческие существа отличаются от остального животного мира тем, что мы имеем интеллект и свободную волю, выражаясь другими словами, "свободу" и "самоопределение". Врач может спросить: "Если Вас кто-то рассердил, следовательно, Вы были не в состоянии этому помешать. Тогда скажите, Вы верите в свободную волю и самоопределение или верите в жесткий детерминизм? Формулируя вопрос таким образом или иначе, но всегда понятным пациенту языком, врач может подчеркнуть, что пациент придерживается одновременно двух несовместимых убеждений. Время от времени пациенты верят, что они свободны и отвечают за свою судьбу и поведение, но в другие моменты они считают, что являются заложниками и марионетками. Где же истина? Многие люди в нашем обществе имеют прочную религиозную или философскую основу концепции свободной воли и они быстро отказываются от мнения, что другие люди управляют их чувствами. Врач может помочь пациентам отказаться от убеждения, что А непосредственно вызывает П, если будет настойчиво указывать пациентам на выявляемые противоречия.

Существует немало способов показать, что гипотеза "А вызывает П" неверна. Вот некоторые варианты:

В: Хорошо, Джон, если действительно твой отец является источником твоего гнева, мы лучше закончим лечение. Видишь ли, если причина гнева находится вне тебя, как я могу помочь тебе? Вместо этого лучше направь ко мне отца, чтобы я попробовал его изменить!

Следующий прием предназначен для работы с детьми:

В: Джонни, мне кажется ты считаешь, что все окружающие управляют тобой. Не,, имеет значения, что с тобой случается, виноват всегда кто-то другой. Окружающие заставляют тебя злиться, грустить или быть несчастным. Знаешь, у меня есть отличная идея! Давай сделаем особую куклу и назовем ее Джонни. Возможно, мы могли бы ее даже продавать. Наша кукла будет с дистанционным управлением и, нажимая на кнопки, мы можем делать ее веселой или грустной, можем заставить её танцевать или петь. Мы будем управлять ею. Или мы можем сделать марионетку по имени Джонни. И кто захочет будет дергать за нитки и Джонни будет двигаться. Что ты думаешь о моем предложении?

П: (смеется) Забавно. Но это не совсем то. Я так не говорил! В: Как раз именно так! Ты говоришь так, как будто считаешь себя марионеткой и окружающие управляют тобой.

Эд Гарсия, бывший руководитель учебной программы в Институте по рационально-эмотивной терапии,

использует наглядную процедуру показа пациентам, что они сами формируют чувство собственного

бессилия:

П: (Жалуется, что окружающие управляют ею, вызывают плохое состояние и т.д.)

В: (Выдвигает ящик стола, достает большую коробку или сумку и протягивает её пациентке.)

П: Что это?

В: Это Ваша воля. Я возвращаю её Вам. Очевидно, Вам давно не хватает её. Вы продолжаете рассказывать мне, как этот человек вынуждает Вас злиться, другой заставляет расстраиваться, третий заставляет Вас любить его, четвертый заставляет делать то-то и то-то. Вы упорно продолжаете рассказывать мне, как окружающие управляют Вами. Вы, наверное, забыли как-то свою волю здесь, когда уходили в спешке. Я на самом деле считаю, Вам лучше забрать её. Тогда, может быть, Вам удастся лучше распоряжаться своей жизнью.

Когда пациенты начинают понимать, что мысли оказывают влияние на чувства, следующая задача врача -

показать, что изменяя мысли мы можем изменять эмоциональное состояние. Рене Декстра, специалист по

РЭТ из Голландии, отмечает, что мы часто заранее обдумываем как будем себя вести в той или иной

ситуации. Мы детально продумываем свою речь и все высказывания чтобы добиться желаемой реакции

собеседника, чтобы максимально повысить шансы получить то, что мы хотим. Такое планирование

общепринято и социально приемлемо. Однако мы редко уделяем время тому, чтобы исследовать и

запланировать разговор с собой. Нужно подчеркнуть пациенту, что разговор с собой влияет на наши чувства

точно также, как наши высказывания влияют на реакции собеседника. Мы часто спрашиваем себя: "Как мне

лучше сказать это ему, чтобы он правильно понял меня?" Но как часто мы задаем этот же вопрос себе в

отношении нашего внутреннего диалога?

ПРЕОДОЛЕНИЕ ВОЗРАЖЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ

Нередко пациентам трудно понять, что в РЭТ основное внимание уделяется коррекции текущих мыслей. Эта

сложность связана с распространенным мнением пациентов, что события прошлого определяют их

настоящее поведение и поэтому они неспособны измениться, либо должны сначала вскрыть "корни" своих

проблем. Если пациенты месяцы или годы находились на лечении, которое только подкрепляло это

убеждение, то требуется приложить немало усилий для переубеждения. К сожалению, не только

многоопытные пациенты страдают заблуждением, что прошлое жёстко определяет настоящее. Это

ошибочное понимание теории Фрейда просочилось в массовую культуру и популяризируется по

телевидению и в кино. Это заблуждение можно услышать также от самых неискушенных пациентов.

В рамках этого терапевтического тупика пациенты могут иметь убеждение, что изменение невозможно из-за

прошлого. Например, пациент может утверждать: "Но я не могу измениться; я всегда был таким». В ответ на

это врач корректирует высказывание пациента, а значит и его концепцию. Например:

Вы хотели сказать, что пока ещё не изменились. Даже если это так, означает ли это, что Вы не изменитесь завтра? В конце концов это моя профессия - показать Вам, как можно измениться.

В зависимости от степени искущённости пациента, врач может привести данные литературы о раннем развитии человека, чтобы представить научные факты. Существует мало исследований, показывающих, что какие-то личностные черты остаются неизменными. В то же время пациент, твердо убежденный, что измениться нельзя, таким образом высказывает пророчество, которое может сбыться и привести к неудаче. Врач может провести поучительную аналогию:

В: Если Вы собираетесь участвовать в игре с мячом и повторяете: "Я не смогу выиграть, я не смогу

выиграть, я не смогу выиграть", то Вы убедитесь, что такое отношение ведет к поражению. Если Вы приходите на лечение и считаете, "Я не могу измениться - мой ранний опыт прочно держит меня", то это тоже пораженческое настроение и Вы, возможно, не изменитесь.

Если Пациент настаивает на необходимости вскрыть корни своих проблем и восстановить в памяти факторы, сформировавшие его жизнь, врач может отметить, что воспоминания никогда не бывают точными; это скорее процесс субъективного воссоздания события, чем воспроизведение точной копии. Когнитивные психологи, такие как Найссер (Найссер, 1967), отметили, что наша память работает не как копировальная машина, которая делает снимки событий и складывает их для дальнейшего просмотра. Событие, случившееся десять лет назад, мы вспоминаем по разному спустя один год, пять лет или сегодня в зависимости от окружающей обстановки, когнитивного опыта и эмоционального состояния в момент воспоминания. Итак, это ошибочная гипотеза, что можно заняться исследованием своего прошлого, точно вспомнить события и использовать эти воспоминания для изменения личности.

Хотя события в прошлом могли играть важную роль в возникновении проблемы в то время, проблема может оставаться актуальной до настоящего времени только потому, что пациенты продолжают думать о ситуации точно так же, как и раньше. Это хороший аргумент в споре с теми, кто считает, что прошлое определяет настоящие проблемы. На нас оказывают влияние текущие мысли, а не события прошлого. Итак, если ваша мать упорно убеждала вас в свое время в вашей никчемности, то вы расстраиваете себя, думая об этом только потому, что и сегодня вы продолжаете серьезно относиться к её словам. Если просто уехать из дома, то эта проблема не разрешится, до тех пор, пока вы не откажетесь от своих иррациональных мыслей, потому, что вы будете мысленно оставаться с матерью, куда бы вы ни ехали. Если пациент считает себя плохим потому, что так ему внушали, врач может задать такие вопросы:

И Вы этому верили?

Почему Вы этому верили?

Если бы Вам внушали это сегодня, Вы бы поверили?

Важно подчеркнуть, что прошлые заблуждения остаются проблемой для пациентов потому, что они продолжают внушать их себе. Понять это помогает следующая аналогия:

Предположим Вы научились очень хорошо играть в баскетбол в университете, но потом двадцать лет не играли. Если бы после такого перерыва Вы вышли на площадку опять, Вы бы не смогли играть так же хорошо. Вы бы утратили технические навыки потому, что не тренировались, не так ли? То же самое происходит со страдающими неврозами. Если бы Вы в юности научились иррациональному мышлению, но затем двадцать лет не упражнялись в нем, то тогда сейчас Вы не были бы невротиком. Но Вы всё время тренировались в этом, продолжали заниматься самовнушением и поэтому преуспели в том, что называют

неврозом!

СИМПТОМНЫЙ СТРЕСС

Особенность РЭТ состоит в том, что она уделяет большое внимание не только "АСП" модели

эмоционального дистресса, но и способности пациентов расстраиваться по поводу имеющихся симптомов.

Часто эмоции и поведение, которые были бы классифицированы как П, сами становятся новыми А

Пациенты видят, как ведут себя неумело и затем осуждают себя за эту неумелость. Следующая схема

иллюстрирует сказанное:

Активирующее событие (А) = Мать пациента постоянно жалуется на его поведение.

Рациональное Суждение (РС) = Я хотел бы, чтобы она перестала себя так вести.

Иррациональное Суждение (ИС) = Так как мне это не нравится, ей не следует (не должна) это делать и она пакостница, раз это делает.

Эмоционально-поведенческие Последствия (П) = Раздражение и крик на мать.

Следующее Активирующее событие (А2) = Раздражение и крик на мать.

Следующее Рациональное Суждение (РС2) = Я хотел бы быть более уравновешенным.

Следующее Иррациональное Суждение (ИС2) = Я должен уметь сохранять хладнокровие и я сукин сын, что так кричу на мать.

Следующее Последствие (П2) = Чувство стыда или гнев, направленный на себя.

Пациенты часто испытывают тревогу по поводу своих приступов тревоги, бывают в угнетённом состоянии,

когда думают о своей депрессии и в целом создают дополнительные проблемы в связи с уже имеющимися

проблемами. Мы называем это симптомным стрессом (или стрессом от симптомов). Врачу важно сначала

заняться этими симптомами второго уровня, так как дополнительные наслоения симптомов затрудняют

пациенту работу по схеме АСП. (Вторичные симптомы более подробно изложены в последующих главах.)

РАСШИРЕНИЕ МОДЕЛИ АСП

Модель АСП помогает разъяснить пациентам источник их эмоционального дистресса; её расширенная

форма, модель "АСПДЭ", показывает, как пациенты могут снизить этот дистресс. Д - это Дискуссия, когда

пациенты учатся подвергать сомнению и обсуждать собственные мысли и поступки, учатся обнаруживать

ошибочные суждения. Если это удастся, наступает новый Эффект (Э) - пациенты придерживаются более

рациональной философии жизни и их эмоциональное состояние позволяет успешно разрешать возникающие

проблемы. Таким образом, РЭТ помогает не только изменить ошибочные суждения, но и изменить

поведение. Для решения этих задач часто используются домашние задания с предписанием тех или иных

действий.

Когда пациенты овладели мастерством дискуссии и создали более рациональную стратегию разрешения проблем, тем не менее, возможно, им придется прилагать дополнительные усилия при попадании в неприятные ситуации. Даже когда пациенты не создают себе проблемы, они будут не так счастливы, если неприятные события будут часто вторгаться в их жизненное пространство. Поскольку врач не может гарантировать пациентам жизнь без внешних стрессов, то предпочтительнее сначала научить их самостоятельно справляться с неприятностями.

Начинающие врачи часто спрашивают, необходимо ли специально обучать пациентов модели АСП и активно

пользоваться этой терминологией. Мы отвечаем, что это не является обязательным, хотя может быть очень желательным, так как пациент может с успехом пользоваться этой концептуальной схемой для выполнения домашних заданий. Схема помогает также шире использовать приобретенные навыки, не ограничиваясь курсом лечения. Некоторые опытные терапевты, включая Эллиса, иногда или даже часто опускают описание этой схемы. Мы, однако, настойчиво советуем начинающим психотерапевтам использовать модель АСП и в тот момент, когда мы слушаем пациентов, и когда беседуем и обучаем.

До тех пор, пока пациенты продолжают сильно расстраиваться при неприятностях, их возможности решать проблемы и добиваться желаемого результата будут ограничены. Когда пациенты более спокойно реагируют на неприятности, то соответственно легче их научить ориентироваться и адаптироваться в окружающей среде.

Конечной целью терапии является обучение пациентов самопомощи, когда пациент становится психотерапевтом для самого себя. С такими навыками пациенты имеют больше возможностей не расстраивать самих себя. Сейчас мы приступаем к обсуждению вопроса, как обучать модели АСП.

ПРИЛОЖЕНИЕ

В качестве краткого обзора основных принципов РЭТ мы включили в очень сжатом виде терапевтическую демонстрацию доктора Альберта Эллиса во время институтского пятидневного практического семинара. Пациенткой была молодая специалист, которая посещала семинар и хотела обсудить свои затруднения в новом для неё деле. В общих чертах, А = желание испытать себя в новой профессиональной деятельности, такой как проведение семинаров, П = инертность. Психотерапевт спросил, что ей мешает. Она ответила:

П: Мне кажется, я буду делать ошибки.

В: Ну и что?

П: Люди будут считать меня плохим преподавателем.

В: И что тогда?

П: Мне бы это не понравилось.

В: Такая оценка ситуации вряд ли бы Вас так расстроила.

П: Я не могу такое перенести.

В: Почему Вы не можете перенести их невысокое мнение о Вас как о преподавателе?

П: (долгое молчание)... Я считаю, что должна быть хорошим преподавателем в их глазах.

В: Почему Вы должны быть хорошим преподавателем в их глазах? Я ученый - докажите мне это. (Улыбается)

П: (долгое молчание)

В: Как Вы будете себя чувствовать до тех пор, пока убеждены, что должны?

П: Нервно.

В: Должны ли они все любить Вас?

П: Нет.

В: Тогда почему должны...

П: Потому, что я хочу чтобы они меня любили!

В: Что бы мне ни захотелось, я должен это иметь? Чем Вы за это заплатите, если добьётесь своего?

П: Нервным напряжением ...

В: Правильно! Тревогой и депрессией. Хорошо, допустим Вы добились своего - они все Вас обожают. Знаете ли Вы, что и в этом случае окажетесь в трудном положении? (пауза) Откуда Вы знаете, что и в следующий раз Вы добьётесь обожания? Разве Вы не требуете гарантированного обожания?

П: Хммм. Да.

В: Вы будете тревожиться до тех пор, пока так считаете. Как бы Вы могли изменить свою позицию? Каким образом Вы могли бы прийти к мнению, что желательно получить одобрение, но Вы вовсе не обязаны добиться этого?

П: Может быть попробовать провести несколько семинаров?

В: Правильно, не бойтесь некоторого риска. Что ещё? (пауза) "Если им не понравится, я переживу. Как это отразилось бы на моей жизни, если бы им не понравились мои семинары?" Допустим Вы неудачно проводите семинары. Даже очень плохо! Тем не менее можете ли Вы быть счастливым человеком, даже если не имеете всё то, что хотелось бы?

П: Да (неуверенно).

В: Видите, как неуверенно Вы отвечаете? Как бы Вы могли ответить твёрже? (Показывает): "Чёрт возьми! Я убеждена, что не буду принижать себя, даже если никогда не добьюсь успехов!" Но считать, что у Вас сейчас нет проблем тоже неправильно. Разве у Вас нет проблем? Доказать практически, что у Вас нет проблем так

же невозможно, как и доказать, что Вы плохой человек.

"Меня зовут Нэнси. Как всё-таки мне научиться радоваться жизни и перестать доказывать себе, чего я стою?" Видите, Вы можете обойтись без оценочных ярлыков. Вам нет необходимости оценивать себя, т.е. вести непрерывное наблюдение за собой. Но Вы можете оценить свои действия на нашем семинаре, поскольку Вам будет приятно иметь успехи.

Глава 2

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ: ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ ПРОВЕДЕНИЯ РЭТ НАЧАЛО РАБОТЫ С ПАЦИЕНТОМ

Перед началом лечения уместно спросить у пациента, обращался ли он за помощью раньше. Это позволит врачу оценить ожидания пациента в отношении лечения. Положительные ожидания повышают вероятность успешного лечения, в то время, как несоответствие представлений пациента и врача о предстоящем лечении снижают эффективность лечения и повышают вероятность его преждевременного окончания. Поэтому целесообразно рассказать пациенту о том, что врач ожидает от него (например, не опаздывать на сеансы, выполнять домашние задания) и что врач собирается предпринять (например, познакомить пациента с принципами когнитивно-поведенческой терапии). Лучше всего сообщить пациенту об этом при первой встрече, после того, как он расскажет об основных проблемах.

Пациенты часто воспринимают терапию как возможность "излить душу" врачу и заслужить сочувствие. Хотя таким приемом можно облегчить состояние, но это будет паллиативное средство, так как пациенты не смогут осознать, что они сами ответственны за свое эмоциональное состояние. Поэтому очень важно, особенно для новых пациентов, чтобы психотерапевт сразу объяснил, в чём будет заключаться лечение и какие конкретные действия потребуются от пациентов.

В: Я буду Вам показывать, как можно научиться управлять своими чувствами и избавляться от отрицательных эмоций. С этой целью я буду заострять Ваше внимание на Вашем ошибочном восприятии мира и буду просить изменить некоторые взгляды и отказаться от заблуждений. Я буду давать домашние задания, чтобы помочь Вам изменить свои мысли или поведение, создающие проблему, буду просить Вас читать специальные книги и слушать плёнку. Самое главное для Вашего успеха - быть активным в процессе лечения. Я (всего лишь) врач, а не волшебник. Я могу Вам помочь, могу дать совет, но работу будете делать Вы.

Знать о предшествующем лечении полезно ещё и потому, что это помогает врачу избегать чужих ошибок. Возьмите себе за правило не делать то, что до этого другой врач делал без эффекта или, по крайней мере, обставьте это иначе. Если врач, пытавшийся применить какой-то лечебный прием, был неопытен, можно попробовать этот прием ещё раз. Но, чтобы избежать у пациента предчувствия неудачи, назовите этот прием как-нибудь иначе. Итак, не забудьте спросить: "Чем Вы занимались с Вашим бывшим врачом? Что, по Вашему мнению, помогало, а что нет?" Иногда пациент может ответить: Тот врач никогда не говорил со мной о том, что действительно меня беспокоило". В этом случае мы не упустим возможность спросить: "Что же Вас беспокоило?" Если пациентка отвечает, например: "Когда мне было четырнадцать лет, меня изнасиловали", то терапевт продолжит: "Тогда давайте поговорим об этом. Мне кажется важно начать с этого".

РЭТ, как и поведенческая терапия, направлена на решение проблем и уже в начале лечения врач ориентирует

на это пациента. Например, психотерапевт может сказать: "Вы говорите, что в последнее время находитесь в

подавленном состоянии. Хотелось бы знать, беспокоит ли Вас что-то ещё помимо этого?" Если пациент

перечисляет целый ряд жалоб или затруднений, врач просто спрашивает: "Какую проблему Вы бы хотели

обсудить в первую очередь?" В последующих сеансах врач может начать так: "Над какой проблемой Вы бы

хотели поработать сегодня?" или "На прошлой неделе мы обсуждали такую-то проблему. Как Вы за

истекшую неделю над ней поработали?" Лучше начинать сеанс именно такими, а не более общими

вопросами (например, "Как прошла неделя?"), чтобы не отвлекаться от решения конкретных проблем.

Многие психотерапевты стараются уже на первом сеансе помочь пациентам научиться квалифицировать

свои проблемы в терминах РЭТ: обнаруживать свои иррациональные суждения, причиняющие беспокойство

и создающие проблемы, и научиться осознавать сам процесс рождения таких суждений. Сам Эллис с первых

шагов терапии занимает активно-директивную позицию. Возможно, благодаря своему темпераменту, богатому клиническому опыту, большому авторитету, диагностическому чутью, Эллис работает с пациентами в быстром темпе и начинающие врачи считают, что должны следовать его примеру. Эта точка зрения ошибочна, поскольку неопытным психотерапевтам трудно повторить стиль работы Эллиса, да это и не всегда желательно. Другие опытные специалисты по РЭТ имеют свой собственный, также эффективный, стиль работы.

Хороший способ понять состояние пациента - вспомнить свой собственный опыт обращения к психотерапевту, особенно первый сеанс, если же такого опыта нет, попробуйте поставить себя на место пациента. Представьте как оказываетесь в новой обстановке, перед вами совершенно незнакомый человек и вы пытаетесь обсудить свои самые сложные или глубоко личные проблемы. Как бы вы тогда себя чувствовали, способствовало бы ваше состояние открытой дискуссии?

Самораскрытие является важным условием успешной психотерапии, хотя в большинстве других ситуаций

такое самораскрытие считается неприемлемым. Поэтому, возможно, пациенты не привыкли к самораскрытию или не знают, как это сделать. Во многих семьях мало говорят о чувствах и мыслях, поэтому такого опыта многим не хватает. Кроме того, самораскрытие, требующееся для терапии, может подавляться страхом. Особенно трудным самораскрытие может оказаться для детей и подростков. Часто только в старшем юношеском возрасте, когда формируются близкие дружеские отношения или приходит любовь, подростки начинают делиться личными секретами.

Часто психотерапевты не распознают это несоответствие ожиданий по поводу самораскрытия. Некоторые врачи ожидают от пациентов свободного обсуждения своих личных проблем, в то время, как у пациентов такого намерения может не быть. Когда пациент не раскрывается, некоторые врачи объясняют это сопротивлением или глубоким психологическим конфликтом, но мы советуем избегать таких оценок.

Рассмотрите и другие возможные объяснения, например, трудности самораскрытия могут быть связаны с ригидностью поведения или со страхом.

Если самораскрытие отсутствует с самого начала, поддержите пациента и помогите личным примером.

Высказывайте одобрение каждый раз, когда пациент делает попытку раскрыться и покажите на собственном примере, что это безопасно и очень нужно для лечения. Помимо этого, желательно снять у пациента страх самораскрытия; это будет трудно сделать, если врач слишком активен и нетерпелив.

Расслабьтесь. Нет необходимости разрешить проблемы пациента прямо сейчас. Для того, чтобы правильно оценить проблемы, требуется время на знакомство с пациентом и на изучение особенностей его мышления. Пациенты охотнее обсуждают свои личные проблемы, если видят искреннее желание врача выслушать. Итак, для тех начинающих психотерапевтов, кто в качестве примера для подражания имеет стиль работы только доктора Эллиса, выскажем предостережение: иногда лучше притормозить и дать возможность пациенту высказаться.

Вполне возможно, что иногда Вы будете чувствовать себя неудобно в новой роли активно-директивного психотерапевта или ощущать собственное бессилие, когда признаки иррационального мышления пациента

будут слабо выражены или совсем незаметны. В таких случаях лучше обратиться к собственному когнитивному стилю. Не расстраиваете ли Вы себя требованием, чтобы пациент полностью раскрылся? Не затаилось ли у Вас ошибочное представление, что пациент должен выздороветь и очень быстро?

Неловкость в процессе самораскрытия может быть отчетливо заметна, если пациент считает свое обсуждаемое поведение социально неприемлемым. Такие проблемы, как гомосексуальность, беспорядочная половая жизнь, суициды могут быть отнесены к этой категории. Возможно врачу придётся в течение нескольких сеансов устанавливать атмосферу доверия до того, как подобные проблемы можно будет обсуждать. Пациенты могут также в течение всего сеанса рассказывать о второстепенных проблемах, а после окончания сеанса могут "случайно упомянуть" о действительно серьёзной эмоциональной проблеме. Терпение, поддержка и аргументация психотерапевта помогают пациенту постепенно избавиться от нерешительности.

Итак, хороший контакт врача и пациента является важным фактором эффективности РЭТ. Какие качества помогают психотерапевту установить контакт с пациентом? Ниже мы перечисляем и даем описание некоторых качеств психотерапевтов, которые выделили Роджерс (1951) и Каркхафф (1969).

1. Эмпатия. Эмпатия - это способность точно воспринимать состояние другого человека и умение сообщить о своем восприятии. Психотерапевт с развитой эмпатией сосредоточен не только на высказываниях пациента, но и на невербальных знаках поведения для того, чтобы более точно оценить эмоциональное состояние пациента. Во время взаимного общения врач дает знать пациенту, что осознает как положительные эмоции, так и эмоциональный дискомфорт пациента.

Более того, рациональный психотерапевт с выраженной эмпатией сообщает пациенту, что понимает не только его чувства, но и его мысли. Например:

В: Похоже Вы действительно несчастны и думаете, что было бы ужасно ещё раз потерпеть неудачу. Если и мысли, и чувства пациента отражаются врачом, то у пациента есть выбор над чем сначала начать

работу. Если отражаются только чувства, такого выбора нет. Часто пациенты слегка пугаются такого двойного отражения и изумляются тому, что врач "читает их мысли".

2. Уважение. Психотерапевт проявляет уважение, когда глубоко и искренне принимает пациента и ценит его как личность независимо от поведения. Сам факт существования пациента уже достаточен для такого уважения. Врач уважает право пациента самому принимать решения, даже если они ошибочны, поскольку на ошибках можно многому научиться. Как уважающий пациента врач Вы не отвергаете пациента и не опекаете его чрезмерно. Вместо этого Вы помогаете пациенту приобрести независимость и уверенность в своих силах.

Психотерапевт показывает пациенту, что уважает его, несмотря на разногласия по каким-то вопросам философии жизни. Итак, в РЭТ врач проводит чёткое разграничение между самим пациентом и его ошибочными мыслями и поведением.

3. Теплота. Теплое отношение к пациенту проявляется мягким прикосновением, улыбкой и другими невербальными знаками одобрения, а также озабоченностью в связи с проблемами пациента.

Врач также проявляет заботу и теплое отношение к пациенту, когда внимательно наблюдает за его поведением, задает уточняющие вопросы, когда припоминает какие-то детали из жизни пациента, когда мягко шутит и когда пытается активно помочь разрешить какую-то сложную проблему.

4. Искренность. Чтобы быть искренним, нельзя фальшивить или играть какую-то роль. Держитесь так,

чтобы ваше вербальное и невербальное поведение соответствовали друг другу. Ваше поведение во время сеансов и вне лечебной обстановки не должно резко отличаться.

В РЭТ Вы придерживаетесь данных рекомендаций и, возможно, сделаете ещё шаг вперед. Активное несогласие требует искренности, а искренность в свою очередь требует честности. Поэтому психотерапевт открыто выражает свое несогласие с пациентом, вопросы задает прямо и на вопросы пациентов отвечает без колебаний.

5. Конкретность. Конкретность предполагает целенаправленность действий врача в работе над проблемами пациентов. Внимание к деталям имеет большое значение и врач задает много уточняющих вопросов пациенту о его ситуации (что, почему, когда, где, как). С помощью конкретных примеров психотерапевт помогает пациенту подробно исследовать свою ситуацию.

С особой тщательностью врач изучает особенности восприятия, мышления и эмоций пациента. В первую очередь следует обращать внимание на детали когнитивной сферы больного, а не на подробности внешних обстоятельств (А).

6. Конфронтация. Конфронтация используется в случаях, когда врач обнаруживает несоответствие (а) между отдельными высказываниями пациента, (в) между вербальной и невербальной информацией сообщаемой пациентом, (с) между взглядами пациента и врача на проблему. Конфронтация требует смелости, но вместе с тем является одним из самых действенных и мощных инструментов врача. Например, психотерапевт может сказать: "Мэри, Вы говорите, что не сердитесь, но при этом сидите со сжатыми кулаками» или "Вы говорите, Фред, что у Вас нет проблем, но что Вы делаете здесь в тюрьме?".

Каркхафф (1969) описал несколько уровней конфронтации от очень легкой до выраженной. В РЭТ обычно используется прямая выраженная конфронтация, что обосновывается несколькими теоретическими положениями: (а) не существует концепции "готовности" пациента к конфронтации; (в) с помощью открытой конфронтации с пациентом по поводу его поведения, которое пациент не осознавал, можно быстро сфокусировать внимание пациента на серьезной проблеме; (с) маловероятно, что конфронтация причинит вред в процессе общения. Психотерапевт может раскрыть в подходящий момент пациентам, поскольку они не нуждаются в чрезмерной опеке. Используя прием конфронтации врач дополнительно подчеркивает свое уважение к пациенту. Тем не менее, мы советуем сначала установить хороший терапевтический контакт с пациентом, прежде чем применять самые сильные степени конфронтации.

Для установления хорошего контакта с пациентом важное значение имеют три дополнительных качества - самораскрытие врача, чувство юмора, активно-директивный стиль. Самораскрытие позволяет обмениваться жизненным опытом, собственными мыслями, взглядами, чувствами и отношениями с пользой для пациента. Например, врач может сказать: "Я понимаю что с Вами происходит, Джо. Дело в том, что несколько лет назад со мной случилось то же самое и вот каким образом я с этим справился". Опыт врача, разрешившего подобную проблему, дает пациенту чувство надежды. Итак, психотерапевт может служить примером рассудительности, демонстрируя как следует поступать в той или иной ситуации. Кроме того, врач сам показывает, как можно раскрываться, проявляя тем самым доверие к пациенту. Такое поведение врача превращает одностороннее общение во взаимное. Однако, самораскрытие психотерапевта полезно только в подходящей ситуации; врач может проверить себя вопросом: "Что это даст пациенту, если я расскажу ему сейчас о себе то-то и то-то?" Следует помнить, что самораскрытие врача имеет целью установление терапевтического контакта с пациентом и демонстрацию разумного поведения.

В РЭТ поощряется развитие и использование здорового чувства юмора. Конечно, в общении с пациентом не может быть насмешливого тона, но безобидная шутка по поводу события, значение которого пациент сильно преувеличивает, может помочь ему более объективно оценить ситуацию. Приведем отдельные короткие примеры применения юмора в РЭТ:

В: Похоже, что Вы являетесь хорошим примером перфекционизма. Вам от этого мало проку, но одно удовольствие наблюдать, как хорошо эта черта у Вас развита!

Чтобы привлечь внимание пациента к его чрезмерной требовательности, врач может сказать: "Вы, кажется, придерживаетесь перевернутого золотого правила. Помните золотое правило? Относись к другим так, как хочешь чтобы относились к тебе. Тогда перевернутое золотое правило гласит: "Пусть окружающие относятся ко мне так, как я к ним!"

Как отмечает Эллис (1977(1, с269), "Само чувство юмора не лечит эмоциональные проблемы. Но отказ воспринимать неудачи слишком близко к сердцу часто лечит."

Многие психотерапевты считают, что нельзя установить хороший контакт с пациентом, если врач

придерживается активно-директивного стиля; мы с этим не согласны. Нужно помнить, что основой

терапевтических взаимоотношений является не дружба, а профессионализм, доверие, уважение и

стремление помочь пациенту измениться. Итак, рациональные психотерапевты - не друзья своих пациентов,

хотя могли бы ими быть, а заинтересованные судьбой своих пациентов профессионалы. Поэтому вне

сомнения можно установить хороший контакт с пациентом, если врач работает в директивном стиле. Это

стало очевидным для нас, когда мы помогали доктору Эллису вести терапевтические группы. Уж насколько

он директивен, а члены групп постоянно выражали теплое и уважительное отношение к доктору Эллису. На

наши расспросы участники групп сообщали, что Эллис во всём проявлял заботу о них. Это чувствовалось в

его многочисленных вопросах, полном внимании к обсуждаемым проблемам, в принятии всех участников

групп и терпимости, в его способности быстро научить пациентов тому, что они могли бы делать сами для

облегчения своих страданий.

Особой проблемой является установление контакта с детьми и подростками. Обычно они не сами приходят на лечение, а их приводят родители. Дети не представляют роли психолога и иногда даже не понимают, для чего их привели на прием. Хотя темп работы с детьми может быть более медленным, мы рекомендуем быть прямыми и честными с ними также, как и со взрослыми.

Первое, с чего следует начать общение с детьми, это познакомить их со своей профессиональной ролью.

Многие дети считают, что если вы врач, то вы собираетесь делать уколы, сверлить зубы или делать что-то ещё болезненное, что прежде делали им другие врачи. Другие дети считают, что только "сумасшедшие" ходят к психиатру и поэтому отказываются от сотрудничества, которое означало бы подтверждение их психиатрического диагноза. Кто-то из детей считает, что вас интересует только дисциплина и родители пришли посоветоваться с вами, как лучше наказать детей за их шалости.

Следующими разъяснениями можно избавить детей от этих заблуждений:

В: Джонни, я психолог. Ты знаешь, что это за профессия?

П: Нет... наверное такой врач для ненормальных людей?

В: Не совсем так. Психологи - это доктора, которые могут научить людей тому, чему сами они научиться не могут. Например, некоторые дети плохо читают и психологи помогают им научиться читать лучше. Другие дети сильно нервничают и расстраиваются по пустякам и не могут научиться не делать это. Психологи помогают им научиться не расстраиваться по пустякам. Мы помогаем детям и с другими проблемами, например, помогаем тем, кто мочится в постель по ночам, кто не умеет подружиться с ребятами, у кого есть страхи или вспыльчивость. Ты понял?

П: Да.

В: Хорошо, могу ли я чем-то помочь тебе?

Обратите внимание, сначала создается атмосфера оказания помощи, а затем четко определяются роли участников диалога. Ребёнка не заводят в заблуждение, что психотерапевт - это приятель, с которым можно будет поиграть. Такая хитрость, к сожалению, довольно распространена у детских психотерапевтов и, хотя это делается из лучших побуждений, врачи рискуют потерять доверие детей.

ВЫБОР ПРОБЛЕМЫ

Специалисту по РЭТ чтобы начать лечение не требуется многое из той информации, которой интересуются психотерапевты других ориентации. Полезно иметь анкетные данные, но если собирать их слишком прямолинейно-настойчиво до начала лечения, то это может затруднить контакт с пациентом. Некоторые из них будут напуганы таким вынужденным самораскрытием; другие пациенты считают, что врачу не нужны многие детали и он впустую тратит драгоценное время, вместо того, чтобы оказать помощь. Если пациенты испытывают неловкость или боятся раскрывать свои проблемы, то они, вероятно, будут скрывать

собственные проблемы как при коротком, так и при длительном расспросе. В таких случаях лучше начать работу над теми затруднениями, о которых пациенты рассказывают охотно. При этом врач демонстрирует безусловное принятие пациента и надеется, что пациент оценит врача как человека компетентного и заслуживающего доверие, кому можно раскрыть свои "секреты". То есть, не нужно дожидаться "серьезной проблемы" или целого списка всех проблем чтобы начать терапию. Возьмите любую ситуацию или эмоциональную реакцию, о которых охотно сообщает пациент, и используйте их для объяснения модели АСП. Таким путем пациент получит определенную помощь уже во время знакомства с теорией РЭТ.

Поскольку РЭТ - это когнитивная терапия, психотерапевту особенно важно исследовать когнитивную сферу

пациента. Стандартный набор психологических тестов обычно рекомендуется для обследования детей, но не

считается необходимым для взрослых. Однако бывают случаи, когда требуется оценить когнитивные

функции с помощью тестов и у взрослых. Нарушения в когнитивной сфере могут иметь неврологическую

основу. Неврологические повреждения могут быть причиной не только психологических проблем, но также

и нарушения социальных навыков. Эти неврологические нарушения часто остаются нераспознанными, если

не проводить тщательное обследование с психологическим тестированием. Специалистам по РЭТ полезно

помнить, что Джордж Гершвин многие годы находился на психоаналитическом лечении по поводу головных

болей, а умер от кровоизлияния в мозг.

Правильный диагноз - это первый шаг эффективного лечения. В РЭТ основное внимание уделяется выявлению ошибочных суждений пациентов, приводящих к отрицательным эмоциям, но помимо этого важно также выявление и других проблем пациентов. Начиная с первого сеанса врач будет создавать целостную картину состояния пациента, суммируя накапливающуюся информацию. Часть этой информации можно получить из биографической справки или других подобных форм, но основная часть необходимой информации собирается во время бесед с пациентом.

В дополнение к "АСП"-анализу сферы мышления пациента (как описано в следующих главах) психотерапевт проводит тщательный поведенческий анализ основных проблем. Требуется внимательная исследовательская работа, чтобы выявить пусковые факторы и последствия конкретного осознанного поведения. Например, если пациент ищет помощи в связи с ожирением, рациональный психотерапевт может использовать предписания поведенческой терапии и предложить пациенту вести дневник и записывать следующее: где, когда и что он ест, его настроение и мысли во время приема пищи, ближайшие последствия приема пищи (внутренние и внешние). Также может быть важна роль близких людей: предлагает ли ему жена есть добавку? Что заставляет её так поступать? Как бы она отреагировала на его похудание? Какого рода информация собирается в поведенческом анализе? Давайте подумаем, что бы вы хотели узнать, например, о больной с агорафобией: сколько раз в неделю она выходит из дома? Куда она ездит? Куда она хотела бы ездить? Куда она не хочет ездить? На какое расстояние она может ездить? Что с ней происходит, когда она выходит из дома? Кто покупает ей одежду? Кто покупает продукты? Могла бы она поехать в магазин на распродажу? Ходит ли она в кино или театр? Как она при этом себя чувствует? Чего она боится? Что бы с ней произошло, если бы она попробовала выйти из дома? Всё это примеры лишь некоторых вопросов, которые будут интересовать врача.

ЦЕЛИ ТЕРАПИИ

I

На первых сеансах рациональный психотерапевт совместно с пациентом определяет цели терапии. Они приходят к соглашению, желательно конкретному и ясному, чтобы обе стороны через какое-то время могли бы определить, достигнут прогресс в лечении или нет. Частая проверка достигнутых результатов побуждает не только врача быть ответственным, но помогает и пациенту оставаться активным участником терапевтического процесса.

Напоминание о поставленных целях также помогает врачу направить пациента в нужное русло, когда тот начинает "валять дурака". Например:

В: Если Вы не делаете X, разве этим Вы не лишаете себя возможности добиться поставленной цели? или

В: Каким образом Вы можете достичь поставленной цели жениться, если Вы не выходите из дома и ни с кем не встречаетесь?

Большинство психотерапевтов следуют профессиональному этическому принципу, согласно которому врачи

должны помогать пациентам изменить в себе то, что они хотят изменить. Задача врача состоит не в том,

чтобы зафиксировать все ошибочные суждения пациента, а в качестве консультанта помочь ему решить свои проблемы. Психотерапевт может видеть, что у пациента есть серьезные проблемы, которые они не обсуждали, и может предложить обсудить их, например: "Джон, я думаю, что у Вас есть и другие проблемы, о которых Вы не говорили, мне кажется нам хорошо бы поработать над этим". Однако последнее слово здесь остается за пациентом. Итак, мы придерживаемся такого подхода: "Над чем Вы хотите поработать? Как я могу Вам помочь?"

В дополнение к конечным целям терапии мы также советуем ставить цель на каждую неделю. В конце каждого сеанса вы можете вернуться к составленному списку проблем, определить следующий шаг в решении текущей проблемы, проверить успехи в решении старых проблем, набросать задачи следующего сеанса. Более подробно об использовании плана лечения написано в главе 2.

Глава 3 РАБОТА НАД "А" РАСПОЗНАВАНИЕ "А"

Когда пациент описывает свою травмирующую ситуацию, врач выделяет в ней три элемента: (1) что произошло, (2) как пациент воспринимает то, что произошло, (3) как пациент оценивает то, что произошло. Первые два элемента относятся к Активирующему событию (А); третий элемент является частью когнитивной сферы. Например, если описывая А, пациент говорит: "Она ужасно критиковала меня", то он смешивает все три элемента. Вопрос о том, что произошло на самом деле, касается объективной передачи того, что было сказано, каким тоном и в какой манере. Возможно, что высказанное мнение стало критикой лишь в результате индивидуального восприятия, а считать ли критику ужасной - это уже вопрос оценки события.

Поэтому мы проводим различие между объективной реальностью и воспринимаемой реальностью. Воспринимаемая реальность - это реальность в том виде, в каком её описывает пациент или предполагает, какой она должна быть. Подтвержденная реальность предполагает одинаковое мнение очевидцев о событии. Если бы много людей наблюдали одно и то же событие и все описывали бы его одинаково, то мы получили бы подтвержденную реальность. Если в приведенном выше примере группа людей слышала отчетливо сообщение и тон высказывания и значительное большинство свидетелей восприняли бы это как оскорбление, то мы бы заключили, что в подтвержденной реальности наш пациент на самом деле был оскорблен.

Мы различаем также два типа познания: описательное и оценочное. Наше восприятие запускает механизмы описательного познания того, что мы воспринимаем из окружающего мира. Рациональные и иррациональные суждения - это оценочное познание описываемой реальности. Чтобы избежать путаницы будем помнить, что термины "суждение" или "мнение" в нашей речи используются как в описательном, так и в оценочном познании. В этой книге мы используем эти термины только в контексте оценочного познания и будем различать рациональные и иррациональные суждения или мнения. В следующих главах станет понятно, как важно различать эти два типа познания, когда пациент употребляет термин "мнение".

На данном этапе "АСП"-модель рационально-эмотивной терапии можно расширить и представить в следующем виде:

А (подтвержденное) - Активирующее событие, которое может быть подтверждено группой наблюдателей

А (воспринимаемое) - субъективное описание пациентом случившегося; то, как он воспринимает событие

С - оценка пациентом события (Суждение)

П - эмоциональные и поведенческие Последствия.

Например, мужчина жалуется на депрессию в связи с тем, что на работе его никто не любит. Серия вопросов позволяет выяснить, что на работе сослуживцы преимущественно общаются по делу, они редко занимаются болтовней, но иногда приглашают его пообедать и когда приглашают, он отказывается. Итак:

А (подтвержденное): "Меня редко приглашают пообедать или поговорить."

А (воспринимаемое): "Я считаю, что никто меня не любит."

С : "Это ужасно, что меня никто не любит"

П : Депрессия

Начинающим психотерапевтам очень важно понять, что воспринимаемое пациентом Активирующее

событие само по себе не является причиной отрицательных эмоциональных реакций. В приведенном выше примере пациент мог прийти к выводу, что на работе его никто не любит, но при этом он мог также не расстраивать себя таким мнением. Как это можно сделать? Не считать А чем-то ужасным. То есть, если на этапе С пациент будет считать ситуацию, когда его никто не любит, просто невезением или (менее вероятно) увидит в социальной изоляции некоторые преимущества, то его самочувствие может быть совершенно другим. Хотя А не вызывает непосредственно П, пациент, ошибочно воспринимающий А и неправильно оценивающий ситуацию (С), имеет больше шансов быть расстроенным, чем пациент, ошибающийся только в С. То есть, пациент, считающий, что почти все его не любят и иррационально оценивающий это как нечто ужасное, будет расстраиваться чаще, чем пациент, тоже считающий социальную изоляцию нежелательной, но не оценивающий это как катастрофу. Первый пациент имеет больше пусковых кнопок для запуска иррационального мышления.

Пациент, рационально оценивающий ситуацию (С), но продолжающий искажать реальность при восприятии (А), не будет слишком сильно расстроен, однако согласно рационально-эмотивной теории, тем не менее может испытывать отрицательные эмоции. Давайте вернёмся к описанному выше примеру. Если пациент считает просто невезением то, что его не любят, и не считает это ужасным, всё равно у него могут быть негативные эмоции, например разочарование или неудовлетворённость. Итак, когнитивный компонент А всё же оказывает влияние на С, хотя и менее значительное. Поэтому мы считаем целесообразной работу над этими когнитивными искажениями.

Как поступить психотерапевту в том случае, если у пациента выявляются одновременно два вида когнитивных нарушений (искажённое описательное познание и иррациональное оценочное познание)? Обычно предлагаются два подхода. Некоторые когнитивные терапевты, в частности Аарон Бек (1976, 1978), начали бы со спора о точности восприятия пациентом А. Если мужчина заявляет, что никто его не любит, Бек подверг бы сомнению корректность этого утверждения и предложил бы обсудить слово "никто" и критерии, по которым пациент определяет отношение к себе окружающих. Поскольку пациент в своем восприятии ситуации допустил преувеличения, то предполагается, что в своей оценке он также преувеличил "ужасность" ситуации.

Прежде чем идти дальше, мы предлагаем Вам, читатель, проверить Ваше понимание принципиального различия между А и С. Изучите следующие утверждения пациентов. В каждом утверждении подчеркните активизирующее событие (А) и обведите оценочный компонент (С) (ответы на стр.421):

1. "Я не сдал экзамен. О, я такой неудачник!"
2. "Со мной никто не разговаривает. Я не могу вынести такого одиночества!"
3. "Моя мать всегда придирается ко мне. Я знаю, она меня ненавидит!"
4. "Доктор, самое ужасное произошло на прошлой неделе. Моя жена заявила, что хочет развестись."

5. "Я ел как свинья! Теперь я знаю, что во мне действительно нет ничего хорошего."

6. "Я зарабатываю только \$30.000. Вы называете это успехом? Как я могу быть доволен этим?"

7. "Я отлично провела время с Джорджем. Я чувствую себя такой значительной потому, что он любит меня."

Как вы видите, Бек считает, что в когнитивной терапии в первую очередь нужно корректировать искажения А.

Однако, Эллис (1977а, 1979а) относится к этим попыткам исправить восприятие А как к упрощенному или

"неизящному решению". Он считает это не лучшим способом потому, что данный подход не дает пациенту

навыков снятия дистресса, даже если он будет реалистично воспринимать ситуацию. Например, хотя это

маловероятно, но вполне возможно, что наш пациент действительно оказался в ситуации, когда его никто не

любит. Если бы он объяснял такое положение невезением, то он постарался бы просто покорно смириться с

судьбой.

Рационально-эмотивная школа считает, что более удачное ("изящное") решение - научить пациента

учитывать возможную худшую альтернативу и не слишком расстраиваться, если худшее сбывается. Если

пациент настаивает, что его никто не любит, Эллис ответил бы примерно так: "Хорошо, мы не знаем

насколько это достоверно, но давайте на минуту допустим, что это так. Что Вы при этом себе говорите?"

Этот терапевтический подход предполагает, что если пациент может справиться с ситуацией, искаженной

собственным восприятием, то справиться с реальной ситуацией будет даже проще.

Какой из этих двух подходов лучше? Точного ответа на этот вопрос не существует, так как серьезные эксперименты не проводились. Кроме того, сама постановка вопроса, возможно, некорректна, поскольку оба специалиста, Эллис и Бек, настойчиво концентрируют внимание пациентов на оценке точности восприятия А.

Если психотерапевт решает начать с оценки восприятия А, мы советуем делать это осторожно. Когда врач открыто заявляет, что восприятие ситуации ошибочно, у некоторых пациентов возникает чувство угрозы и ощущение, что врач его не понимает и не поддерживает. Хотя такие неблагоприятные реакции сами по себе указывают на иррациональность суждений пациента и могут стать полезным "зерном для помола на мельнице РЭТ", они могут также затруднить контакт психотерапевта и пациента.

Таким образом, мы считаем, что рассмотрение худшей альтернативы с поиском приемлемого решения

является ценной тактикой, поскольку в реальной жизни ситуация для пациента (А) может ухудшиться и

могут возникнуть новые затруднения (новые А). Мы советуем начинающим психотерапевтам следовать

данной модели Эллиса и не спешить оспаривать правильность восприятия пациентом А, пока в этом нет

достаточного опыта. Полезные советы, как вести спор по поводу А, даны в главе 10.

УТОЧНЕНИЕ А

ИЗЛИШНИЕ ДЕТАЛИ ОБ "А"

Как мы утверждали в главе 1, обычно пациенты приходят на лечение потому, что они расстроены (П) и

считают, что расстроены из-за какой-то ситуации (А). В основном пациентам бывает нетрудно описать А и

часто они готовы потратить много времени, чтобы изложить врачу все детали ситуации. Однако выяснять

детали об А не требуется, поскольку основное внимание в терапии будет уделяться С (суждениям, оценкам,

интерпретациям). Иногда бывает трудно выслушивать подробный рассказ пациента и выражать при этом

заинтересованность и сочувствие, особенно в случаях, когда пациент считает необходимым сообщить

множество деталей о своем прошлом. Травмирующие события из прошлого изменить, конечно, нельзя;

можно лишь обсудить оценку пациентом тех прошлых событий, при этом суждения о прошлом могут быть

изложены кратко.

Способность говорить кратко дается пациентам редко; многие вязнут в деталях А, как в следующем

примере:

В: Джой, чем Вы были расстроены на этой неделе?

П: Доктор, разрешите я расскажу Вам точно, что произошло. Всё началось в субботу утром. Я отправился

навестить жену и детей. Когда я вышел из машины, подбежали дети и бросились мне на шею. Я ничего не

делал такого, что обычно расстраивает мою жену. Я вошел в дом. Я не стал говорить, что газеты разбросаны

по полу и в доме грязно. Я ничего не говорил такого, что обычно любил говорить. Но затем я сказал

жене...(пациент продолжает в течение пятнадцати минут со всеми подробностями описывать, что

происходило и что не происходило! Наконец он заключает:) И когда я умолял её принять меня в семью, она

отказалась!

Врач позволил пациенту высказать слишком много ненужных подробностей. Заключительная фраза является главной, это действительно А, в связи с чем он так переживает. Психотерапевту лучше было бы прервать монолог и твердо направлять пациента говорить по существу, как в следующем примере:

В: Джой, чем Вы были расстроены на этой неделе?

П: Доктор, разрешите я расскажу Вам точно, что произошло. Всё началось в субботу утром. Я отправился навестить жену и детей. Когда я вышел из машины, подбежали дети и бросились мне на шею.

В: И по этому поводу Вы были расстроены?

П: Нет! Дайте мне досказать.

В: Перед этим я хочу кое-что объяснить Вам, Джой. Вы часто сообщаете такие дополнительные подробности, что это скорее меня запутывает, чем помогает понять Вашу ситуацию. Постарайтесь сказать мне, что именно Вас расстраивает, как можно короче.

П: Но если я не расскажу Вам, что произошло, как же Вы поймете?

В: Мы вернемся к этому позже и поговорим подробнее, а сейчас всё же постарайтесь ответить конкретно на вопрос: что именно Вас расстроило?

С многословными пациентами можно работать и по-другому. Можно тренировать их быть более краткими в своих рассказах, давая им обратную связь, что выбранный ими способ общения неэффективен. Психотерапевт мог бы позволить вышеупомянутому пациенту рассказывать свою историю, но в какой-то момент прервал бы его своим замечанием:

В: Джой, Вы сообщили мне много подробной информации. Я не могу разобраться, что же из сказанного самое главное. Не могли бы Вы ещё раз сказать, почему Вы так расстроены?

Обратите внимание, таким способом врач получает необходимую информацию и учит пациента быть кратким. Если пациент заблудился в трёх соснах и не в состоянии выделить главное, психотерапевт может вместо пациента высказать суть проблемы и тем самым дать пример краткости. Например:

В: Джой, я понял, что Вы расстроены из-за того, что жена не хочет принять Вас в семью, хотя Вы даже пытались что-то изменить в себе. Правильно ли я Вас понял?

НЕОПРЕДЕЛЁННОСТЬ В ОПИСАНИИ "А"

Иногда врач сталкивается с пациентами, которым трудно изложить А, они либо высказываются неясно, либо вообще отрицают, что какое-то событие вызвало у них отрицательные эмоции и нарушение поведения. Каковы возможные причины этих затруднений? Врачу следует принять во внимание следующее:

1. Защита. Неясность описания А может быть способом избегания негативных реакций врача и близких людей, чего пациент боится.
2. Стилль. Возможно пациента научили общаться в такой неясной манере и он делает это по привычке.
3. Когнитивная особенность. Пациент действительно может думать в этих неопределённых понятиях, иногда непонятных и для самого себя.
4. Особенность жизни. Пациенту может не хватать ясности А из-за того, что его проблема заключается в отсутствии значимых взаимоотношений, созидательной деятельности или энтузиазма в работе. Поэтому трудно выразить словами этот вакуум.

Трудности осознания А нередко встречаются у больных с истерическими и соматизированными расстройствами, такими как мигрень или головные боли, связанные с мышечным напряжением. Например, больной может жаловаться на головные боли, но утверждать, что в жизни всё благополучно. РЭТ, как терапия изменения когнитивной сферы, зависит от двух факторов: (1) готовности к самораскрытию и (2) способности осознавать существование психологических проблем. К самораскрытию располагает эмпатия психотерапевта; внимательное слушание на протяжении нескольких сеансов помогает завоевать доверие пациента. Второй цели можно достичь двумя путями. Первый путь - расспрашивать пациента не о проблеме, а о том, как он мог бы улучшить свою жизнь или более полно реализовать себя. Второй способ заключается в обучении пациента навыкам распознавания проблем и осознания зоны конфликтов собственных интересов, желаний и тд. Лучше всего обучать пациентов умению распознавать проблемы с помощью поведенческого анализа. Например, пациента с головными болями просят вести дневник и записывать всё, что явно и неявно предшествует приступам головной боли (события, мысли, чувства), а также то, что происходит в момент окончания приступов. По мере накопления информации в течение нескольких недель обычно удается обозначить сферу конфликтов.

•55Некоторые пациенты высказываются так, как будто переживают "кризис самопознания". Когда Тэда спросили, зачем он пришел на лечение, он ответил: "Чтобы понять себя - кто я?" Рациональный терапевт мог бы на это попросить пациента изменить вопрос "Кто я?" на "Что мне нравится и что я ценю?" Прогресс в лечении будет более скромным, если психотерапевт не выяснит, какими чертами пациент хотел бы обладать. Важно подчеркнуть пациенту, что РЭТ учит не самопознанию, а формированию себя. Психотерапевт видит в пациенте не объект, который нужно раскрыть, а человека, нуждающегося в развитии.

Полезно задавать пациенту вопросы, заостряющие проблему. Например, депрессивная больная Джоан жалуется, что она в депрессии "всё время". Следующие вопросы помогли бы ей более точно оценить свое эмоциональное состояние: "Когда у Вас началась депрессия?", "В какое время Вы бываете больше всего подавлены?", "Что, по вашему мнению, усиливает депрессию?". Если больная отвечает, что она не знает, врач может показать свое неудовлетворение и мягко настаивать: "Мне кажется, Вы знаете". Если этот прием не приносит успеха, можно рекомендовать дневниковые записи.

Так же нелегко сформулировать А, когда, например, Джим высказывает только одну жалобу: "Жизнь бессмысленна". Разобраться в проблеме помог бы вопрос: "Что должно произойти в Вашей жизни, чтобы она наполнилась смыслом?" Пациент может утаивать иррациональное представление, что ему нужны благородные намерения или престижные цели, чтобы быть счастливым. Однако у большинства людей их невысказанные цели просты и направлены на удовлетворение желаний (например, иметь достаточно денег, друзей, интересную работу). Такие цели с позиции здравого смысла оправданы, поскольку достижение их доставляет удовольствие и избавляет от дискомфорта. Если врач сможет объяснить пациенту, что гедонизм и желание получить удовольствие естественны для человека, то, возможно, Джим более охотно постарается определить свои цели и нереализованные желания (А).

Особенно важно определить А при фобиях: до тех пор, пока врач не знает, чего конкретно боится больной, лечение может идти по ложному пути. Например, Мария жалуется на страх метро. На первый взгляд этот страх выглядит вполне конкретным, но тщательное обследование может выявить более глубокие страхи. Что, собственно, её пугает в метро? Возможно замкнутое пространство. Что тогда может произойти? Возможно Мария боится потерять сознание. Что может произойти в этом случае? Пассажиры в вагоне будут смотреть на неё с подозрением или осуждением (если она потеряет сознание). В таком случае основная проблема состоит в страхе осуждения, а не метро.

Наиболее сложно определить А у тех пациентов, кто и не пытается разобраться в своей ситуации. Например, Роберт жалуется, что находится в депрессии уже несколько недель и не имеет ни малейшего представления почему. Пациенты, сталкиваясь с подобной проблемой, часто предпочитают уменьшить свой дискомфорт с помощью поиска обстоятельств, которым приписывают своё депрессивное состояние. Вполне понятно, что часто пациенты связывают свою депрессию с тем, что они "просто меланхолики". Такое объяснение порождает новое А, по поводу которого они в дальнейшем будут переживать. Если Роберт совсем не может сказать что-либо об А, психотерапевт может помочь ему наводящими вопросами, такими как: "Изменилось ли что-нибудь в Вашей жизни в последние месяцы?", "Предвидите ли Вы какие-либо изменения в Вашей жизни в ближайшие несколько месяцев?"

Итак, когда пациент описывает А путанно, неясно или не может сообщить ничего, врач может воспользоваться следующими полезными советами:

1. Говорите на языке пациента, когда собираете сведения о его/её жизни.
2. Задавайте пациенту наводящие вопросы.
3. Просите дать свежие примеры.
4. Избегайте абстрактных разговоров.
5. Предложите пациенту вести дневник.
6. Будьте целенаправлены в работе не только для того, чтобы не разбрасываться на разные проблемы, но и для того, чтобы быть примером для пациента.
7. Интересуйтесь недавними или предстоящими изменениями в жизни.

СЛИШКОМ МНОГО "А"

Многие пациенты приходят на лечение с множеством разнообразных проблем (А).

В такой ситуации прежде всего нужно выбрать одну проблему для психотерапевтической работы. Врач и пациент составляют список проблем и начальный выбор можно предложить сделать пациенту. Психотерапевт также может предложить выбранную им проблему для дискуссии. Нередко врачи предпочитают начинать с незначительной проблемы без выраженных эмоциональных реакций потому, что (1) психотерапевты считают, что лучше обучать принципам РЭТ в несложных ситуациях, (2) всего за несколько сеансов можно достичь заметного прогресса в лечении, а доверие и энтузиазм пациентов будут стимулировать дальнейшие успехи, (3) специалисты по РЭТ полагают, что одна конкретная проблема может быть причиной нескольких других проблем.

Рассмотрим случай Сэма. Он имеет избыточный вес и низкую фрустрационную толерантность при попытках ограничить себя в питании, он боится свиданий с девушками и испытывает чувство вины из-за того, что навещает свою мать реже, чем она хотела бы. Начинать работу с Сэмом с лечения его страхов девушек было бы очень трудно, поскольку вряд ли бы он добился успехов в этой сфере из-за избыточного веса. Но работа над его низкой фрустрационной толерантностью (1) поможет ему похудеть, (2) поможет преодолеть трудности встреч с девушками, (3) поможет нормализовать отношения с матерью. Таким образом, преодоление НФТ помогло бы разрешить все три проблемы, поэтому имеет смысл начинать работу с Сэмом именно с НФТ.

Разумно ли разрешать пациенту поднимать новые проблемы до того, как найдено решение старых? Обычно да, так как пациент проводит с врачом только один час в неделю и 167 часов в неделю находится в своем привычном окружении. Новые проблемы и кризисные ситуации возникают неизбежно и психотерапевты, упрямо требующие придерживаться принятого плана работы, могут не только бесполезно потратить время лечебного сеанса, но и рискуют потерять контакт с пациентом. Однако, врач должен быть внимательным и должен уметь распознавать отвлекающие манёвры пациента. Не является ли изложение новой проблемы всего лишь способом избежать разговора на трудную или неприятную тему? Например, пациент с привычным перееданием может поднять целый ряд новых проблем, чтобы избежать обсуждения диеты; избегающее поведение может быть другим примером низкой фрустрационной толерантности. Если пациент часто поднимает новые проблемы на протяжении многих сеансов, психотерапевт поступит правильно, если

прямо заявит пациенту о его тактике избегания и предложит обсудить этот аспект поведения.

В некоторых случаях врач может заметить общую тему, звучащую в изложении новых проблем, или связь между новыми затруднениями и какой-то ключевой проблемой. Психотерапевт может использовать тогда новый материал как ключ к основной проблеме. Например, рассмотрим случай молодой женщины, описывавшей проблему за проблемой с общей темой неполноценности. Она заявляла, что не в состоянии пройти собеседование при приёме на работу, так как считала, что она не заслуживает быть принятой на работу. Она уклонялась от интимных отношений, так как считала себя хуже своих приятелей. Она отстранялась от друзей, потому что "никому бы не понравилась такая личность как я". Создавалось впечатление, что она считала своим уделом терпеть боль. После нескольких сеансов слушания всех этих А, врач спросил, осознаёт ли она общую тему во всех её рассказах: она обречена на страдание потому, что не заслуживает всех этих благ. Она ответила, что действительно осознаёт эту общую тему и вспомнила, как тяжело страдали её близкие. Её сестра погибла в результате тяжёлой аварии, мать умерла от рака молочной железы, отец умер внезапно от сердечного приступа. Она единственная оставалась в живых и, вероятно, считала, что в сложившейся ситуации ей уместно и нравственно страдать в равной мере с близкими.

КОГДА "А" ВНЕ КОМПЕТЕНЦИИ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Проблемы пациентов обычно можно разделить на практические и психологические. Если практическая проблема находится вне компетенции психотерапевта (например, соматическое заболевание), то тогда следует направить пациента к соответствующему специалисту. Если врач компетентен в практической проблеме, то он может дать пациенту полезный совет. Помните однако, что весьма вероятно возникновение психологических проблем в связи с практической проблемой; если так, врачу лучше сначала заняться этим.

Поскольку мышление, эмоции и поведение относятся к компетенции психотерапевта, то в дискуссиях целесообразно возвращаться именно к этой сфере. Можно воспользоваться следующим примером:

"Послушайте Мэри, Вы знаете, что Ваша проблема выходит за рамки моей профессиональной компетенции. Я не берусь дать Вам совет по поводу соматического заболевания. Однако, я вижу как Вы переживаете по этому поводу. Давайте поговорим о Ваших переживаниях в связи с этим заболеванием".

КОГДА "П" СТАНОВЯТСЯ "А"

Одним из наиболее важных Активирующих событий (А), которое психотерапевт быстро обнаружит, является

симптомный стресс. Другими словами, симптомы пациента (например, депрессия) становятся новыми А и

сами нуждаются в рационально-эмотивной терапии. Отличительной особенностью РЭТ является

концентрация в первую очередь именно на этой важной проблеме. Модель симптомного стресса можно

представить в виде следующего цикла:

А - первичный симптом (например депрессия)

С - "Как ужасно иметь этот симптом!"

"Я не должен себя так чувствовать»

"Я должен уметь быстро и легко преодолевать свои проблемы."

П - Нарастание тревоги, чувства вины или депрессии.

В таком цикле пациенты могут расстраиваться из-за своих С и П. Например, пациенты могут сердиться на себя или быть подавленными по поводу собственных иррациональных суждений:

"Я опять начал неразумно рассуждать. Чёрт возьми, я никогда не перестану. Что со мной происходит? Мне бы уже следовало научиться тому, что..."

Аналогично, пациенты могут тревожиться по поводу соматических симптомов тревоги, эта проблема

особенно актуальна при агорафобии. Страдающие агорафобией сосредотачиваются на соматических

симптомах тревоги и считают их признаками обреченности, приближающихся невыносимых страданий или

смерти:

"Я в ужасе от приступов страха. Когда я сажусь в машину и чувствую приближение тревоги, я знаю, что не

вынесу это»

Эллис (1978а, 1979с) назвал такую разновидность тревоги тревогой дискомфорта, чтобы отличать её от тревоги "Эго" (при которой угроза исходит изнутри организма). Френофобия, страх сойти с ума, является распространенным примером такой тревоги. Некоторые исследователи считают, что френофобия встречается

у 77% пациентов амбулаторного приема (Каппеу, 1975). Пациенты с таким страхом опасаются потерять контроль над своими действиями и боятся превратиться в зверстующих маньяков-убийц. Рейми (Каппеу) выделил те симптомы, которые страдающие ксенофобией считают признаком приближающегося сумасшествия или тяжелого нервно-психического срыва:

Постоянное чувство тревоги

Любые ошибки памяти или мышления

Неспособность сконцентрировать внимание

Раздражительность

Бессонница

Пациенты обычно переживают также по поводу своего поведения. Так, наркоман может страдать от чувства

вины, люди с избыточным весом обычно осуждают себя, импотент не может не только "поднять его", но не

может и выбросить свою проблему из головы.

Особенно важно уделять большое внимание этим вторичным проблемам при лечении психотических больных и больных с серьезными эмоциональными нарушениями. Любая психотерапия может оказаться неэффективной при лечении таких заболеваний, как шизофрения или эндогенная депрессия, причиной которых могут быть биохимические нарушения. Однако, часто возникают невротические наслоения на основное заболевание или вторичные симптомы, например, депрессивная реакция на факт заболевания МДП. Лучшая терапевтическая тактика в таких случаях - помочь больному научиться принимать себя с имеющимися отклонениями, вместо того, чтобы тяготиться и переживать, по поводу этих отклонений. Этот же подход, само собой разумеется, эффективен и при менее серьезных первичных расстройствах. Вернемся к Сэму, страдающему привычным перееданием. Всякий раз, когда он нарушает диету и переедает, он сразу начинает мысленно осуждать себя, это неизбежно ведет к неприятным чувствам вины или стыда. В один момент он настолько плохо себя чувствует, что ему хочется "сделать что-нибудь приятное для себя" чтобы почувствовать лучше

и этим "чем-нибудь приятным" может оказаться очередная порция калорийного мороженого. Избавление Сэма от чувств вины и стыда, возникающих вторично, было бы заметной помощью в его усилиях похудеть.

Когда вторичный стресс от симптомов квалифицирован как А, РЭТ продолжается по принятому образцу:

выясняются П и С, далее пациентам помогают разобраться в ошибках и изменить иррациональные

суждения.

ОБ ИЗМЕНЕНИИ "А"

Говоря в целом, Активирующие события бывают двух основных видов: те, которые можно изменить и те, которые нельзя. Перефразируя девиз общества Анонимных Алкоголиков, задача РЭТ - помочь пациенту изменить те обстоятельства, которые можно изменить, милостиво терпеть те обстоятельства, которые изменить нельзя и уметь различать эти два вида обстоятельств.

Обычно не рекомендуется начинать лечение с попыток изменить Активирующее событие. Вследствие простого изменения А пациент может почувствовать себя лучше, но это может оказаться ложным улучшением. Другими словами, когда дела идут лучше, это всегда прекрасно, но более важным достижением может быть умение не оценивать и не принижать себя, когда дела идут не очень хорошо. Как любит подчеркивать Эллис, жизнь - это на самом деле суета, нравится нам это или нет, новые неприятности (А) всегда будут появляться на нашем горизонте.

Рациональные психотерапевты полагают, что для изменения А, когда его можно изменить, пациентам требуются навыки решения проблем. У них появятся хорошие возможности решать проблемы, когда они научатся освобождаться от отрицательных эмоций путем распознавания и изменения иррациональных мыслей. Чтобы понять, как эти предварительные действия можно научиться выполнять, мы переходим в следующих главах к эмоциям и когнитивной сфере.

Глава 4

РАБОТА НАД "П"

Почему пациенты обращаются к психотерапевту? Обычно потому, что чувствуют себя плохо; у них

эмоциональный дистресс. Врач не будет упускать это из вида. Обычно пациенты не приходят просто

поговорить или избавиться от нерассудительности. Именно П, эмоциональные Последствия, чаще всего

заставляют пациентов обращаться к психотерапевту.

Многие рациональные терапевты обнаруживают, что пациенты могут понятно описать свои эмоциональные реакции на конкретное Активирующее событие. В действительности пациенты нередко начинают лечебный сеанс с обсуждения своих чувств. Так на вопрос: "Какую проблему Вы бы хотели сейчас обсудить?", пациент может ответить: "Я чувствую себя в последнее время очень подавленным". Если пациент сам не затрагивает эмоции, то в соответствии с принципом активно-директивного вмешательства в РЭТ, рекомендуется расспросить пациента об этом. После того, как пациент описал Активирующее событие, врач обычно спрашивает: "А как Вы себя чувствуете в связи с этим?"

Более опытные врачи используя клиническое чутьё могут задать вопрос об эмоциональной реакции по-другому, например: "Испытываете ли Вы беспокойство по этому поводу?" Этот приём помогает также укрепить контакт с пациентом, поскольку он убеждается, что врач действительно понимает его проблемы. Однако мы не советуем высказывать свои предположения о самочувствии пациентов в утвердительной форме. Высказывайте свои наблюдения в виде вопросов, будьте готовы изменить свое мнение, если убедитесь в ошибочности своего предположения.

Более опытные психотерапевты умеют также выявлять связь между определенными эмоциональными состояниями и частными клиническими нарушениями.

Например, избегание определённых ситуаций обычно указывает на страх, грубое или оскорбительное поведение свидетельствует о гневе, заторможенность или пассивность обычно являются признаками депрессии, поведение, сопровождающееся неодобрением себя или самоповреждениями указывает на чувство вины, потеря близкого человека вызывает реакцию горя.

Другими словами, опытные врачи распознают эмоциональные состояния пациентов тремя способами: (1) наблюдение за поведением пациента, (2) знание типичных эмоциональных реакций на часто встречающиеся жизненные ситуации, (3) логическое использование рационально-эмотивной теории, когда знание суждений пациента позволяет оценить эмоциональные реакции.

Выскажем предостережение начинающим психотерапевтам: не все эмоции являются нежелательными или требуют их изменения. Теория РЭТ не утверждает, что эмоции нежелательны; фактически они придают жизни остроту. Но врач различает полезные и вредные эмоции. Вредные эмоции снижают возможности человека в достижении цели и в получении удовольствия в жизни. Некоторые эмоции вредны также физиологически, например тревога, ведущая к психосоматическим заболеваниям (таким, как колит, язвенная и гипертоническая болезни), или гнев, вызывающий по меньшей мере спазмы желудка. Поэтому, хотя вполне естественно испытывать грусть при потере, когда грусть принимает затяжной или истощающий характер, она становится объектом терапевтического вмешательства.

Распространённым затруднением начинающих психотерапевтов является точная диагностика П. Иногда эта проблема возникает из-за того, что врачи уделяют мало внимания тщательной оценке П или вследствие предположения врачей, что они и/или пациенты интуитивно понимают в чем заключаются П. Конечно, такие предположения часто оказываются ошибочными. Чаше трудности определения П связаны не с невнимательностью врача, а с тем, что эмоции для пациентов являются сложным и запутанным вопросом. Следующие разделы помогут врачу устранить некоторые причины затруднений пациентов с П и предлагают полезные советы для преодоления эмоциональной блокады.

УСТРАНЕНИЕ ЗАТРУДНЕНИЙ С "П" ЧУВСТВО ВИНЫ ПО ПОВОДУ "П"

Затруднения в определении П могут быть связаны с чувством вины; пациенты, возможно, не захотят оценивать свои чувства, если они испытывают отрицательные эмоции и за это ещё себя осуждают (сравни "Когда П становятся А", стр. 84). Например, в семейной терапии дети не любят в присутствии родителей сознаваться во вспышках гнева. Более тонким примером является случай жены раввина-стажёра. У неё часто возникало желание прервать его занятия, чтобы напомнить ему об ответственности за своих прихожан, в частности, ему следовало бы посещать больных и тех прихожан, у кого случилось горе. Он поступал так, как предлагала жена и заслужил благодарность и одобрение прихожан. К ней же относились без уважения и считали её равнодушной и надменной, хотя она была тихой и застенчивой. Она считала, что её деятельность не замечают. Свою проблему она связывала с недостатком поддержки, понимания и одобрения, при этом конкретное П она определяла как чувство, что её игнорируют. На самом же деле основным П у неё был гнев, но как жена священнослужителя, она считала, что таких эмоций у неё быть не может.

Как в таких случаях врач может помочь пациентам раскрыть свои эмоции? Следующие приемы могут быть полезными:

1. Попробуйте упражнения из гештальт-терапии или психодрамы, например технику пустого стула. В случае с женой раввина ей можно было бы предложить представить своего мужа или кого-либо из неблагодарных прихожан, сидящим на этом пустом стуле. Далее она вступает в разговор с этим человеком и может исполнять только свою или обе роли. Исполняя обе роли она может пересаживаться с одного стула на другой. Устранение таким образом привычных тормозов может помочь ей признать собственный гнев.
2. Попробуйте дать наглядный пример. Психотерапевт может сказать: "Джим, если бы я оказался в Вашем положении, думаю я был бы раздосадован или даже испытывал злость».
3. Попробуйте использовать юмор. С помощью преднамеренного преувеличения, безобидной шутки, смешного примера врач может создать обстановку, когда пациенту не так страшно сознаться в собственном гневе. Например: "Я вижу Вы действительно святой; многие пришли бы в ярость или "Вы замечательно позволяете им вытирать о себя ноги; это многим нравится!»

ЧУВСТВО СТЫДА ПО ПОВОДУ П

Пациенты могут не осознавать свои чувства из-за склонности интеллектуализировать свои мысли. В таких случаях они не будут оценивать свои чувства, а вместо этого будут описывать свои мысли. Возможно, они даже будут отрицать, что испытывают какие-либо эмоции вообще. В основе этой эмоциональной анестезии может быть убеждение, что обнаруживать эмоции - значит проявлять слабость, и избегание эмоций защищает пациентов от ощущения неполноценности.

В подобных случаях рациональные психотерапевты разъясняют пациентам, что любые эмоции оправдываются уже самим фактом их существования. Только не нужно оценивать адекватность эмоций за счет увязывания их с внешними событиями, так как эмоции исходят изнутри и зависят от того, что человек говорит себе о внешнем событии. Полезно заострить внимание пациента на том, насколько эмоциональными бывают люди. В качестве домашнего задания пациенту предлагают записывать все высказывания окружающих о своём эмоциональном состоянии, все разнообразные мнения, такие как: "Я чувствую...", "У меня ... настроение" и тд., которые пациент слышал в течение истекшей недели. Пациенты могут также записывать свои собственные оценки о своих чувствах.

СЛАБЫЙ АФФЕКТ ИЛИ ЕГО ОТСУТСТВИЕ ВО ВРЕМЯ СЕАНСА

Врач может столкнуться с отсутствием аффекта во время сеанса. Убедившись, что отсутствие аффекта не является симптомом психоза в конкретном случае, врач может проверить две возможные причины этого.

1. Пациенты могут считать, что во время сеансов им "полагается быть серьезными", что лечение - это особая ситуация, требующая напряженной работы и серьезного отношения. Психотерапевт помогает пациентам избавиться от скованности путем прямого внушения, наглядных примеров, создания атмосферы, располагающей пациентов быть более раскрепощенным (например, поощрять открытое выражение несогласия с врачом, предлагать пациентам попробовать выразить свои проблемы с помощью пантомимы, песен или поэзии).
2. Поведение врача может тормозить проявление чувств пациента. Например, психотерапевт может оказаться слишком многословным, может задавать вопросы, требующие лишь однозначных ответов, может слишком быстро продвигаться вперед и смущать пациента и тд. Прослушайте запись своего сеанса с таким пациентом и определите те ваши высказывания, которые мешали пациенту открыто выражать свои чувства. Постарайтесь помочь пациенту говорить о себе свободно, задавайте незавершенные вопросы (например, "И что тогда?").

УПЛОЩЕННЫЙ ИЛИ НЕАДЕКВАТНЫЙ АФФЕКТ

Пациент может описать состояние уплощенного аффекта - реакцию эмоциональной анестезии (часто встречается выражение "чувствую себя неживым") или может проявлять неадекватный аффект - необычные эмоции с точки зрения окружающих. Такие аффективные нарушения часто свидетельствуют о психотическом процессе и РЭТ в изолированном виде может оказаться неэффективным способом устранения этих эмоциональных нарушений. В таких случаях следует прибегнуть к лекарственному лечению.

ТЯГОСТНЫЕ ЭМОЦИИ

Пациенты могут не осознавать свои чувства из-за страха эмоций; т.е. проблема может заключаться в избегании эмоциональных проявлений. Например, находиться в состоянии депрессии означает переживать неприятное или даже тягостное состояние. Пациенты могут избегать обсуждения тех ситуаций, которые провоцируют у них депрессию. В таких случаях речь идет обычно о НФТ, низкой фрустрационной толерантности, при которой пациенты себя убеждают в неспособности вынести неприятные эмоции. Психотерапевт имеет возможность подбодрить и поддержать пациента, подчеркнув, что отрицательные эмоции являются неотъемлемой частью нашей жизни и было бы очень полезно открыто поговорить о них. Как было показано в исследовании затяжных состояний горя и траура, психотерапевт может откровенно класть свою ладонь на руку пациента на протяжении многих сеансов, что помогает пациентам ощущать поддержку и не так остро реагировать при обсуждении травмирующей ситуации.

Другим аспектом тягостных эмоций является чувство стыда, когда пациенты боятся, что окружающие заметят их выраженные эмоциональные реакции. Задача врача - помочь пациенту принять свои собственные эмоции, поскольку чувство стыда может препятствовать самораскрытию и проведению "АСП"-анализа. Например:

П: (плачет)

В: Вы явно чем-то расстроены, Джин. О чем Вы сейчас думаете?

П: Я так боюсь расплакаться на работе. Я могу потерять контроль над собой в присутствии сослуживцев.

В: Что было бы в этом такого ужасного?

П: Я не могу это вынести.

В: Хорошо, что самое худшее по вашему мнению может произойти? Если бы Вы потеряли контроль, набрасывались бы Вы в ярости на каждого встречного? Вы бы были не в состоянии что-либо делать?

П: (улыбаясь) Не-е-е-т. Я думаю, что просто не хотела бы, чтобы окружающие заметили мое плохое

настроение.

В: А если бы они заметили, так уж плохо это было бы? П: Хммм. Вы правы, это не было бы так ужасно.

В: Хорошо, итак, можем ли мы разрешить Вам расстраиваться ещё больше, когда Вы не в настроении?

КОГДА ПУТАЮТ МЫСЛИ С ЧУВСТВАМИ ("С» и "П")

В нашей культуре люди часто путают мысли с чувствами. Иногда вы просите пациента описать свои чувства, а он или она говорит о своих мыслях. Например, пациент может сказать: "Когда она это сказала, я чувствовал себя дураком". Или вы интересуетесь мыслями пациента, а он отвечает о чувствах. Вы спрашиваете: "О чем Вы тогда подумали?" и пациент может ответить: "Я подумал, что я волнуюсь".

Начинающим психотерапевтам и пациентам часто трудно разграничить мысли и чувства, эта проблема отчасти связана с неоднозначностью выражений в нашем языке. Например, слово "чувствовать" в повседневной жизни имеет много различных значений:

1. Оно может означать физические ощущения ("Я чувствую озноб").
2. Оно может выражать точку зрения ("Я чувствую, что налоги следует снизить").
3. Оно может описывать эмоциональное состояние ("Я чувствую себя счастливым").
4. Оно может означать оценку события ("Я чувствую, что это ужасно").

Врач внимательно слушает и определяет значение слова "чувствовать" в рассказе пациента и побуждает использовать это слово для описания эмоций, а не мнений и оценок. Это поможет пациенту проводить различие между мыслями и эмоциями, что особенно важно на этапе критического анализа иррациональных суждений. Итак, когда пациент ошибочно определяет С как чувства, часто полезно его остановить и поправить. Например, если психотерапевт спрашивает Тома: "Как Вы себя чувствовали?" и пациент отвечает: "Я чувствовал себя дураком", врач распознаёт у Тома (1) депрессивную реакцию или чувство вины и (2) самоосуждение. После выявления этих двух симптомов врач попытается объяснить пациенту, что "чувствовать себя дураком" является не эмоцией, а мыслью "Я считаю себя дураком". Фактически высказывание Тома "Я чувствовал себя дураком" обычно является сокращенной формой суждения "Я считаю себя дураком и страдаю от этого". Это уточнение важно, поскольку пациент может ошибочно пытаться отстаивать своё "чувствовать дураком". Он может также обосновывать свое мнение, что он "дурак" тем, что он это чувствовал. Наши чувства недоступны для обсуждения; они являются тем субъективным опытом, которым располагает только сам индивид. Нельзя спорить по поводу такого субъективного состояния, в то же время наши мысли, суждения, мнения можно обсуждать. Итак, в вышеприведённом примере, врач объяснит Тому, что он не чувствует себя дураком, а чувствует себя подавленным из-за того, что считает себя дураком, кем быть никак не должен. После этого разъяснения создаются условия для работы над этим ошибочным суждением.

ЗАТРУДНЕНИЯ ОПИСАНИЯ

Когда Майру просят описать свои чувства, она может ответить или её поведение может говорить, что она в

затруднении. Это затруднение может быть связано с тем, что она ощущает смешанные эмоции или просто ей

не хватает подходящих терминов для описания своего эмоционального состояния. В целом, чем больше

психотерапевт может помочь ей упростить оценку эмоционального состояния, тем легче ей будет с этим

справиться. Если Ларри может сказать о себе только, что он чувствует "уныние", врач выясняет, как он

понимает слово "депрессия". Другими словами, психотерапевт пытается расширить активный словарь своего

пациента. Дополнительная польза от этого заключается в том, что пациенту будет легче заняться

библиотерапией, поскольку в большинстве книг по РЭТ используются такие термины, как "депрессия",

"тревога" и т.д.

Психотерапевт может помочь пациентам оценивать свои эмоции, если даст четкие инструкции и примеры.

Для начала можно предложить разграничивать положительные и отрицательные эмоции (например, "Вы

чувствовали себя хорошо или плохо?"), после чего можно обсудить более описательные термины.

Следующие упражнения полезно выполнять как во время сеансов, так и самостоятельно дома:

1. Вот названия некоторых эмоций и чувств:

счастливый
злой
гордый
смущённый
испуганный
нервозный
расслабленный
грустный
разочарованный
обиженный
заинтересованный
недовольный
виноватый
обеспокоенный

Произнесите каждое слово громко вслух.

Знаете ли Вы, что каждое из этих слов означает?

Выразите с помощью пантомимы (без слов) каждое слово, которое вы знаете. (Разные люди одни и те же чувства выражают по-разному, поэтому не существует правильных или неправильных способов их выражения.)

Существуют ли какие-то ещё чувства, которые Вы знаете? Если да, напишите их здесь...

2. Устно или письменно закончите предложение "Я чувствую...". Чем больше дадите вариантов ответа, тем лучше.

3. Начните записывать в дневник предложения, начинающиеся с фразы "Я чувствую..." или "Я чувствовал...". Сначала просто записывайте эти предложения. Затем начинайте добавлять "Когда случилось то-то и то-то, я чувствовал...". Например, "Я чувствовал тревогу, когда начал вести эти записи".

ДИХОТОМИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ

Многие пациенты склонны к дихотомической оценке эмоциональных реакций; например, они считают, что могут либо слишком близко принять ситуацию к сердцу, либо могут не реагировать никак, как будто ничего не случилось. В действительности же эмоции можно выстроить в непрерывный ряд по интенсивности и пациенту важно осознать, что существует большое разнообразие эмоций и способов их выражения.

Например, если у Джона семейные неурядицы и он способен испытывать только гнев, при этом он пользуется только одним способом выражения гнева - бьет жену, то, возможно, у него просто нет представления о чувстве досады и способах его выражения. С помощью приёмов развития воображения, моделирования конкретных ситуаций и прямых наставлений можно помочь Джону расширить свои представления об эмоциях с тем, чтобы научиться различать чувства гнева и досады.

Если пациент может представить и оценить степень выраженности эмоций, то тогда ему легче понять, каким образом можно изменить эмоциональное состояние в желаемом направлении. Например, психотерапевт может помочь пациенту разобраться с такими степенями эмоций, как слабые, умеренные и сильные. Затем подчёркивается, что рациональное мышление обычно сопровождается слабыми/умеренными эмоциями или адекватными сильными (например, сильное сожаление или горе), в то время как иррациональное мышление ведет к сильным и истощающим организм эмоциям.

Дихотомическое мышление может распространяться не только на такой параметр, как интенсивность

эмоций. Например, Джон может считать, что раз он научился преодолевать реакции гнева по отношению к жене, он больше никогда не должен кричать на неё. Джону было бы полезно научиться проводить различие между естественным раздражением или досадой и неадекватным гневом. Эти различия заключаются в: (1) его требовании, что жена не должна его нервировать и раздражать; (2) продолжительности его реакций гнева; (3) влиянии этого гнева на него самого; (4) влиянии его гнева по отношению к жене на других людей. Другими словами, пациенту было бы неразумно считать, что у него никогда не должно быть гнева, депрессии, тревоги и тд. Всё это нормальные и привычные реакции. Сильные неадекватные эмоции создают особенно серьёзные проблемы, когда они носят стойкий длительный характер и поэтому затрудняют поведение, направленное на достижение цели.

ОШИБОЧНАЯ САМООЦЕНКА ЭМОЦИЙ

Пациенты часто путаются в названиях эмоций, поэтому желательно уточнять, что они имеют в виду. Целесообразно просить дать пояснения к тому термину, который пациент выбрал для описания своего эмоционального состояния (например, "Что Вы имеете в виду под словом виноватый, тревожный, обеспокоенный и т.д.?") и если пациент ошибается, скажите ему об этом (например, "Сэм, по Вашему описанию у Вас скорее гнев, чем тревога.").

Интересную разновидность такой ошибки можно наблюдать у пациентов, ошибочно считающих своей

проблемой тревогу "Я", в то время как в действительности это может быть низкая фрустрационная толерантность или тревога дискомфорта (Еллис, 1978а, 1979с). Например, Гарри может заявить, что он не в состоянии ходить на работу из-за слишком сильной тревоги. Это заявление сводится к тому, что он не желает испытывать неудобства от хождения на работу и, вероятно, узаконил собственное избегание дискомфорта таким термином как "серьезная эмоциональная проблема". Само собой разумеется, мы посоветовали бы психотерапевту разобраться в тех материальных и социальных выгодах, которые побуждают Гарри сохранять ошибочное мнение о себе.

НЕПОНЯТНОЕ ОПИСАНИЕ ЭМОЦИЙ

Пациенты могут использовать термины, понятные им самим, но не вполне понятные врачу. Например, Мэй говорит: "Я была в таком негодовании!". Вы поняли точно, что она имела в виду? Это легкий, умеренный или сильный аффект? Чтобы ответить на эти вопросы лучше всего задать ей уточняющие вопросы: "Что Вы имеете в виду когда говорите "была в негодовании"? или "Вы выглядите рассерженной; если оценивать по десятибалльной шкале, насколько Вы рассержены?"

ОТСУТСТВИЕ ВИДИМОГО ДИСТРЕССА

Иногда встречаются пациенты, описывающие многословно ряд проблем, но при этом они не выглядят обеспокоенными хотя бы чем-то. Психотерапевт может рассмотреть следующие возможные объяснения такого поведения. Возможно пациент (1) действительно не испытывает дистресс, (2) пришёл на лечение скорее ради дружеского общения, чем ради помощи, (3) волнуется по поводу своей "нормальности" и обратился к врачу за разъяснениями и успокоением или (4) придерживается тактики избегания для защиты

от отрицательных эмоций. Если психотерапевт создал подходящую атмосферу для самораскрытия пациента и несмотря на это признаков эмоционального дистресса не выявлено, можно рекомендовать открытое обсуждение этой проблемы. Можно обсудить с пациентом некоторые из приведённых выше объяснений отсутствия дистресса и таким образом определить пути дальнейших действий.

Тактика избегания может вызвать серьёзные затруднения, поскольку такое поведение успешно защищает пациентов от переживания отрицательных эмоций и врачу вместе с пациентом было бы непросто разобраться с П. Если эмоциональные реакции незаметны, хотя пациент описывает травмирующие события, то часто полезно использовать теорию научения применительно к проблемам поведения. В поведении можно выделить две тенденции - стремление к удовольствию и избегание отрицательных стимулов. Часто этими отрицательными стимулами оказываются скрытые эмоции пациентов. Иногда открытая дискуссия может устранить такого рода блокаду, как, например, в следующем случае. Пациент хочет избежать важного экзамена, хотя заявляет, что у него нет страха.

В: Джерри, если бы это было так, если бы у Вас совсем не было страха, почему бы тогда не попытаться сдать экзамен?

П: у меня сейчас нет никакого страха.

В: Правильно, до тех пор, пока Вы не собираетесь сдавать экзамен, Вы избегаете сильной тревоги. Вы знаете, что что-то мешает Вам сделать попытку и это что-то - Ваша тревога? Как Вы думаете, что бы произошло, если бы Вы попытались сдать экзамен и провалились?

П: О, это так просто, но это должно быть как раз то, чего я боюсь...

Часто для выявления содержания страхов пациента требуется активное использование приёма проективной фантазии. Например, одна пациентка сообщила, её волнует тот факт, что она встречается только с женатыми мужчинами; она отрицала какие-либо неприятные эмоции и заявила, что, по её мнению, она просто более привлекательна для женатых мужчин. Психотерапевт попросил её представить образно ситуацию свидания с молодым человеком, который внезапно заявляет, что он холост и она для него является самой привлекательной женщиной из всех, кого он когда-либо встречал. В другом случае пациентка с избыточным весом представляла себя стройной на свидании с симпатичным мужчиной. В обоих примерах упражнения с использованием воображения позволили пациенткам прийти в соприкосновение с выраженной тревогой по поводу межличностных взаимоотношений, когда их избегающее поведение (встречи только с женатыми мужчинами и избыточный вес) успешно блокировало тревогу. Далее в ходе терапии основное внимание было сосредоточено именно на этой тревоге.

Сходная проблема была выявлена у мужчины, у которого не обнаруживалось каких-либо специфических эмоциональных проблем кроме истощаемости. Он жаловался на чувство усталости на протяжении почти всего дня и независимо от продолжительности сна он никогда не чувствовал себя действительно отдохнувшим. При медицинском обследовании не было выявлено соматических нарушений, объясняющих

его слабость. Подробный опрос позволил выяснить, что у него была ответственная работа, с которой он успешно справлялся, он вёл активную общественную жизнь и много времени уделял занятиям спортом. Казалось, что во всех отношениях он "живет хорошо", однако при более детальном опросе пациент сообщил, что он не всегда получает удовольствие от своей деятельности и иногда у него просто нет желание всем этим заниматься. Итак, поскольку его деятельность не всегда подкреплялась получением удовольствия, мы предположили, что какая-то часть его активности является в действительности избегающим поведением. Тогда пациенту предложили проиграть в своем воображении свой типичный день, исключая какую-либо одну сферу его деятельности, например занятия спортом. Далее он представлял свой день со сниженной деловой активностью и затем с ограниченной социальной жизнью. После каждой воображаемой картины и действия пациент, к своему собственному удивлению, сообщал о появлении чувства вины. Дальнейший анализ выявил его иррациональный подход к самооценке. Он оценивал себя в зависимости от выполнения всего того, что он считал ему следует делать; таким образом ему удавалось успешно избегать чувства вины за счет поддержания очень активной жизни.

Подобная проблема часто возникает у пациентов, сообщающих о невозможности справиться с дурными привычками, такими как курение, наркотики, злоупотребление алкоголем, переедание. Они не осознают существования эмоциональных проблем, усиливающих их нежелательные привычки, хотя испытывают чувство вины в связи с этими привычками. Врач может предложить таким пациентам представить, что они сидят перед едой или сигаретами и отказывают себе в этом удовольствии. Обычно пациенты сообщают о возникновении очень неприятного чувства с возбуждением, ажитацией, мышечным напряжением или дрожью. Это эмоциональное Последствие, являющееся результатом их иррационального убеждения, что они должны иметь то, что хотят, может оставаться неосознанным, **поскольку** пациенты так успешно избегали прежде неприятных чувств, немедленно поглощая то, что хотели. Такое упражнение с воображением помогает пациентам лучше осознать П.

ЭМОЦИИ ВО ВРЕМЯ СЕАНСА

Независимо от того, способен или нет пациент распознать свои эмоциональные реакции, связанные с тем или иным событием, во время сеанса психотерапевт внимательно наблюдает за объективными признаками эмоций. Об особенностях эмоционального состояния можно судить по положению тела, напряжению мышц, сжатию зубов, изменению дыхания, потливости, усмешке и т.д.

Когда вы видите эти проявления аффекта, вы можете начать анализ "АСП". Не делайте ошибку, не избегайте работы над эмоциями, проявляемыми во время сеанса. Лечение не всегда должно касаться только проблем давнего или недавнего прошлого. Например:

В: Сэлли, я замечаю, что Ваши глаза становятся влажными и Вы выглядите так, как будто готовы расплакаться.

П: Да, Вы правы! (Всхлипывает)

В: Сэлли, Вы действительно сейчас расстроены. Не могли бы Вы сказать почему?

П: Это так тяжело. Вся моя жизнь разрушена. Моя жизнь бесцельна.

В: Давайте лучше поговорим сейчас об этом, чем о других проблемах, о которых Вы рассказывали, поскольку до тех пор, пока Вы так считаете, Вы будете расстраиваться и плакать.

РЕШЕНИЕ ИЗМЕНИТЬ "П"

Когда пациенты признали факт существования отрицательных эмоций и правильно их оценили, наступает время определиться, хотят ли они сохранить или изменить эти эмоции. Например, у пациентов

есть право выбора сохранить гнев или избавиться от него, все аргументы за и против любого выбора являются интересной темой для обсуждения. В конце концов, гнев имеет свои преимущества, так как с помощью агрессивных действий часто можно заставить людей дать вам то, что вы хотите. Но с другой стороны, выраженный гнев неприемлем социально и может негативно отразиться на соматическом здоровье человека.

Остановимся на случае гнева молодой матери. Во многих отношениях её гнев помогает ей. Например, когда она кричит на сына за беспорядок в его комнате, он быстро начинает убирать комнату. Проявление гнева имеет также внутреннее подкрепление; после вспышки гнева у неё наступает приятное состояние релаксации как последствие её возбуждения. Просто ей становится хорошо, когда она перестаёт кричать.

Кроме того, женщина сама давала когнитивное подкрепление своему отреагированию (например, "Я поступила правильно, что рассердилась на него!") Итак, в данном случае для запуска реакции гнева и соответствующего поведения были задействованы межличностный, кинестетический и когнитивный факторы. Чтобы нейтрализовать эти факторы психотерапевт может помочь женщине осознать: (1)

отдаленные последствия своего поведения; конечно же, её вспышки гнева не укрепляют любовь сына к ней; (2) она подаёт плохой пример сыну; (3) существуют более подходящие способы снять напряжение, например упражнения по релаксации; (4) существуют более эффективные способы исправления поведения сына; (5) её когнитивная оценка была ошибочна, поскольку она исходила из преувеличенного и не очень привлекательного чувства собственной правоты.

Иногда встречается менее заметный источник выгоды, когда отрицательные эмоции сохраняются с тем, чтобы избежать более сильных негативных эмоций. Например, рассмотрим случай матери, потерявшей право воспитывать детей в пользу отца. Это обстоятельство являлось источником выраженной затяжной депрессии, она никак не хотела смириться с этой ситуацией. Что означало бы для этой женщины перестать страдать? По её мнению это оказывало бы, что она незаботливая и беспечная мать. Такое убеждение могло бы вызвать ещё более выраженное чувство вины. Однако после успешного обсуждения этого иррационального убеждения, пациентка дала согласие работать над преодолением её депрессии.

Хотя бы иногда пациенты могут принимать решение оставаться расстроенными, вместо того, чтобы заняться непростым обсуждением своих проблем в рамках РЭТ. Чаще всего они могут сказать либо (1) "Я такой и я не могу измениться" или "Для меня лучше (проще) оставаться расстроенным". Каждое из этих мнений можно подвергнуть сомнению. Можно попросить пациента выполнить эксперимент, позволяющий проверить правоту позиции пациента: "Верно ли, что Вы действительно не можете измениться или что Вам проще оставаться расстроенным?"

Следует помнить, что существует много причин нежелания пациентов изменить П, на некоторые из этих причин психотерапевт будет способен повлиять. Однако, если пациент не хочет изменить П,

Рационально-эмотивная терапия обычно проводится не может.

УЧЕБНЫЕ СТЕНОГРАММЫ

В следующей записи лечебного сеанса рассматриваются некоторые дополнительные терапевтические

проблемы. Врач столкнулся с пациентом, описывающим много неприятных эмоций. Задача данного сеанса - дать названия эмоциям, определить их выраженность и расставить их по порядку предстоящей работы.

Обратите внимание на применение психотерапевтом цифровой шкалы для оценки выраженности эмоций.

Такая шкала обычно известна как "Шкала субъективных баллов расстройства". Мы очень советуем

пользоваться такими информативными оценочными шкалами, позволяющими пациенту и врачу более тонко разбираться в изменениях эмоционального состояния как во время сеанса, так и между ними.

Фрагмент стенограммы:

В: Ваша жена (Мэри) позвонила и сказала, что у Вас тяжёлое депрессивное состояние с суицидальными мыслями, она была очень обеспокоена Вашим состоянием. Как Вы себя чувствуете сегодня?

П: Мне очень трудно разобраться. Я не знаю причин своих суицидальных мыслей, я даже не знаю как

передать те чувства, которые у меня были, потому что, если бы я действительно хотел покончить с собой, я бы это сделал.

Заметьте, что пациент на самом деле не ответил на вопрос психотерапевта.

В: Вы знаете как это можно сделать?

П: Это очень просто. Из-за чувства жалости к себе я принял только восемь таблеток вместо двадцати пяти.

В: То есть Вы не считаете, что серьёзно пытались...

П: Я считал так: если это произойдет, если восемь таблеток сделают свое дело, это будет нормально, если же не сделают - будет отлично.

В: Вы не собирались действовать наверняка приняв двадцать пять или тридцать таблеток?

П: Точно. Это как раз то, как я чувствовал.

В: Были ли у Вас раньше попытки покончить с собой? В первую очередь врача интересуют суицидальные мысли и действия.

П: Нет.

В: Были ли у Вас раньше только намерения покончить жизнь самоубийством?

П: После первого развода я был очень сильно расстроен и дважды у меня возникали мысли об этом.

В: Был ли у Вас в то время конкретный план как покончить с собой? П: Нет, такого плана не было.

В: Вы никогда не говорили себе: "Я решил перерезать себе горло, прыгнуть с моста или выпрыгнуть из вагончика подвесной дороги"?

П: Нет. Если честно, это было примерно так, как если бы я вёл машину и мне стало бы нестерпимо жаль себя, я сказал бы себе: "Я врежусь в стену." И я бы направил машину в стену и всё.

В: Сейчас у Вас нет суицидальных мыслей?

В: Как Вы себя чувствуете? Как Вы себя чувствуете сегодня?

Психотерапевт возвращается к вопросу о самочувствии после того, как убедился в отсутствии суицидальных тенденций.

П: У меня очень сильная тревога. В: Тревога?

П: Да.

В: Обычно большинство людей, совершивших попытку самоубийства, испытывают депрессию, а у Вас тревога?

Заметьте, что психотерапевт использует здесь концептуальную схему связи эмоций и поведения и проверяет её соответствие состоянию пациента.

П: Да, у меня сильная тревога.

В: Как Вы ощущаете тревогу?

П: Когда я нервничаю, начинает беспокоить спина. Это мышечная боль?

П: Не знаю. Поэтому я ношу сейчас этот пояс. Это началось в воскресенье вечером, у меня не было никаких физических нагрузок. Я просто наклонился и в спину вступило. Поэтому я знаю, это показатель, со мной что-то происходит.

В: Вы обращались к врачу по поводу своей спины?

П: Да, у меня было смещение диска около пятнадцати лет назад. Это беспокоило меня длительное время. Я часто думаю, что смещение было вызвано мышечным напряжением, потому что я много работаю физически. Но иногда это совершенно не связано с

В: Это могло быть просто мышечное напряжение. У Вас легко наступают мышечное напряжение и зажатость?

П: Я не осознавал это, но теперь это становится хроническим состоянием. Мои дети живут сейчас в Канаде и у меня стали возникать частые обострения, когда они переехали туда. Мэри обратила на это внимание.

В: Как давно они переехали?

П: Четыре года назад.

В: Итак, за последние четыре года Ваша тревога усиливается?

П: Только когда я знаю, что они приезжают.

В: Когда они приезжают, тревога усиливается. Как часто они приезжают?

Во время сбора дополнительной информации о ситуации пациента врач распознает и принимает его чувства.

П: Они должны приезжать дважды в год. В этом году они были только один раз, я ожидаю их второй приезд через три недели. И у меня опять начинается -тревога уже появилась.

В: Итак, чем ближе приезд детей, тем Вы более тревожны. Если бы Вам пришлось оценить свою тревогу по 100-бальной шкале, где ноль - полное спокойствие, когда лежишь где-нибудь на пустынном морском пляже, а 100 баллов - сильнейшая паника, как бы Вы оценили свою тревогу в данный момент?

Психотерапевт использует рейтинговую шкалу 81ЮЗ для оценки выраженности тревоги.

П: Баллов 75 - 80.

В: То есть тревога сильная.

П: Близко к самой сильной.

В: Сейчас я хочу задать ещё вопрос. Что Вас так пугает, когда приезжают дети?

П: Всегда, когда кто-нибудь упоминает о моих детях, меня переполняют чувства. (На глазах появляются слезы.)

Обратите внимание, врач будет заниматься эмоциями, возникшими во время сеанса.

В: Кажется Вы грустите. Вместе с тревогой у Вас есть немного грусти.

П: Может быть потому, что я представляю, что я буду чувствовать, когда увижу детей и я боюсь этого. То же самое происходит при расставании.

В: Другими словами, прямо сейчас Вы переживаете или представляете свои чувства, когда дети сходят с трапа самолета или когда поднимаются в самолет и Вы испытываете грусть. Вы испытываете тревогу по поводу своей грусти?

П: для проверки этой гипотезы.

Заметьте, психотерапевт предполагает, что П стало ещё одним А и задает вопросы

П: Да.

В: Какую из этих проблем Вы считаете более важной, тревогу или грусть?

П: Очень интересный вопрос.

В: Мы имеем две эмоции.

П: Что я сейчас пытаюсь понять - не является ли то чувство, которое я испытываю, просто жалостью к себе. Я не знаю. Я пытаюсь разобраться в этом в течение четырех лет.

В: Разрешите Вас спросить, есть ли у Вас тревога по поводу ещё чего-либо помимо детей?

П: Да. Что касается суицида, давайте назовем это...

В: Попыткой.

П: ... могло быть много причин. Это, как во всём, чем мне приходится заниматься, я должен прилагать очень много усилий; ничего не дается мне слишком легко.

В: Даже самоубийство. Вы не можете даже это сделать нормально, не так ли?

Обратите внимание на шутку врача и на то, как хорошо пациент отреагировал на неё.

П: Я мог бы, если бы действительно хотел покончить с собой. Для меня это не самая сложная из моих проблем. Я состоял в первом браке восемнадцать лет. И в течение семнадцати лет из них я считал свой брак очень счастливым. Я был очень доволен. Мы, моя бывшая жена и я, подружились с другой семейной парой и всё было хорошо до тех пор, пока моя жена и мой лучший друг не исчезли. Мне открылась целая детективная история. Пережив начальный шок, я чувствовал, что уже никогда не буду доверять ни одной женщине. Я был уверен в своем браке и всё это так внезапно свалилось на меня. Я потерял не только жену, я потерял также друга, потерял детей - это тройная катастрофа.

В: Можем мы сейчас прерваться?

П: Да.

В: Когда Вы думаете о детях и испытываете грусть в момент их приезда, не напоминает ли это Вам о той грусти, которую Вы чувствовали в то время?

П: Нет.

В: Напоминает ли это Вам, насколько Вы ранимы?

Врач отрабатывает гипотезу, что пациент, сталкиваясь с серьёзными трудностями, необоснованно считает, что он не умеет с ними справляться.

П: Да, я виню себя в том, что потерял детей. Мне было нелегко потерять свою бывшую жену, потому что я сильно любил Кэрл. Но я потерял детей и с этим уже ничего не поделаешь.

В: Вы соглашаетесь со мной, что когда думаете о приезде детей, Вы помните насколько травмировала Вас та ситуация четыре года назад. Что больше Вас ранило - измена жены или отъезд детей? Какие у Вас чувства?

Психотерапевт слышал слова "я виню себя...", сказанные пациентом, но решил уделить этому внимание позднее.

П: Просто грусть от того, что так мало я бываю с детьми и я чувствую, мы все больше отдаляемся друг от друга. Мы так редко видимся.

В: Итак, Вы грустите потому, что редко видите детей.

П: Правильно.

В: Давайте уточним Ваши слова. Вы сказали, что испытываете грусть. Я согласен с этим, но давайте опять оценим грусть по шкале от 0 до 100 баллов. 0 баллов означает полное счастье, спокойствие и большие успехи, 100 баллов - Вы на грани того, чтобы вонзить себе нож в сердце из-за того, что жизнь совершенно безнадежна. Как Вы оценили бы свою грусть?

П: Давайте добавим туда немного чувства вины.

В: Я просто хочу, чтобы Вы дали оценку в баллах.

П: Вы хотите оценку. Для меня это трудно...

В: У Вас сильная грусть, скажем около 100 баллов? Или около 10?

П: Я думаю около 100.

Врач не позволяет пациенту уклониться от ответа. Он добивается оценки 100 пациентом своей грусти. Психотерапевт слышал замечание пациента о чувстве вины и принял решение перейти к этому вопросу чуть позднее.

В: Я считаю, сейчас нам важно сделать уточнения. Всё, что больше 25 баллов, можно считать грустью. Но может быть то, что испытываете Вы, является не грустью, а настоящей депрессией. Я думаю, все люди испытывали бы грусть, потеряв детей как Вы. Но они не были бы так угнетены этим, как Вы.

Возможно, Вы никогда не избавитесь от грусти. Вы будете испытывать грусть, вспоминая о потере детей, во всяком случае я так думаю. Вы не станете бессердечным, я не мог бы Вам помочь стать таким; даже если бы я мог, я бы не захотел это сделать. Но дело в том, что Ваша проблема заключается не в грусти, а в депрессии. У Вас действительно депрессия. Я считаю, что нам нужно другое слово для обозначения Вашего состояния, чем просто грусть. А сейчас расскажите о чувстве вины.

Психотерапевт помог пациенту различать и правильно называть свои эмоции. Не только высокие баллы по шкале 51Ю5, но и чувство вины, и самобичевание, и суицидальная попытка указывают, что у пациента депрессия, а не просто грусть.

П: Я чрезмерно потворствовал жене во всём, что касалось её материальных запросов. Хотя мне это было не по карману, я шёл на это поскольку чувствовал её потребности. И я работал по-много часов, приходил домой и ложился спать. На следующий день вставал, шел на работу, приходил домой и ложился спать. Это был замкнутый круг. За исключением выходных. Я, бывало, с нетерпением ждал выходных, как будто это был двухмесячный отпуск, а не всего лишь два дня. Я мог встречаться с друзьями и хорошо проводить время. Так вот чувство вины возникает из-за того, что мне не хватило ума понять, что в жизни есть что-то ещё кроме работы.

В: И из-за того, что Вы не догадывались о случившемся с женой? П: Да, она весело проводила время с моим другом.

В: У Вас не оставалось времени на жену и поэтому она загуляла. И если бы Вы были сообразительней, чтобы понять это, Вы бы не потеряли детей?

П: Точно.

В: Да Вы действительно глупы, разве нет?

Эта шутка была высказана с улыбкой.

П: Нет.

В: Но Вы действительно занимаетесь самобичеванием.

П: Я бичую себя потому, что вновь столкнулся с той же проблемой во втором браке. И меня очень смущает, что я не вполне осознавал это. Отсутствие уверенности в жизни и доверия к людям, в том числе к друзьям, привело меня к попытке самоубийства. Мне хотелось бы избавиться от этого ощущения. Но и сейчас, после этих последних событий, у меня нет настоящих друзей.

В: Вы не доверяете им так же, как не доверяете женщинам?

П: Верно. Казалось, что теперь я нашёл друга. Мэри всегда старалась дать мне ощущение её преданности и

честности, она внушала мне, что я для неё самый лучший и что никогда никакой мужчина не встанет между нами. И я чувствовал себя очень уютно. Мне потребовалось приложить много усилий, чтобы поверить вновь. И, к несчастью, возникла эта нелепая ситуация. Мэри в течение двух лет не могла найти работу и была очень угнетена этим. На прошлой неделе, не знаю, как зашёл разговор об этом, она мне сказала, что могла бы даже переспать с тем, кто нашёл бы ей подходящую работу.

В: Её привлекают не ум или мужские органы, а деньги?

П: Да. Это слишком сильно ранило меня. Я сказал Мэри о своих чувствах и те выходные стали роковыми днями. Я не мог смириться с мыслью, что она могла бы отдаться за деньги.

В: Мне представляется, по крайней мере в терминах РЭТ, что мы имеем несколько Активирующих событий и эмоций одновременно. Это и депрессия, и тревога, и чувство вины. Активирующими событиями являются встречи и расставание с детьми, переживание разлуки с ними и мысли о потере детей, опасения потерять вторую жену. Из того, что Вы рассказали, мне кажется, что сейчас Вас больше всего тяготит страх потерять жену. И малейший намек, что это действительно может случиться, ведет к сильной тревоге. И получается, что когда Вы думаете о детях, возможно Вы вспоминаете первую жену, внезапно оставившую Вас, и если это могло произойти тогда, то...

Хотя это был первый сеанс, пациент уже был немного знаком с РЭТ по книгам. Обратите внимание, психотерапевт подвёл итог разбору сложных проблем пациента и высказал предположение, что пациент винит себя в старых проблемах и, возможно, в создавшейся ситуации со второй женой.

Глава 5 РАБОТА НАД "С»

Существуют два основных вида суждений, которые Эллис (1962,1971,1973,1979Ь) называет Рациональными Суждениями (РС) и Иррациональными суждениями (ИС). И те, и другие суждения являются оценкой действительности, а не описанием или предсказанием её. Итак, это не просто предложение, такое как "Это может случиться", но если что-то действительно происходит, суждение выражает оценку события (например, рациональное суждение: "Как неудачно"; иррациональное суждение: "Как ужасно! Это просто катастрофа!"). Люди могут одновременно иметь эти два вида суждений. Важная задача РЭТ - помочь пациентам научиться отличать РС от ИС, так как в конце концов психотерапевт предложит пациентам обсудить и опровергнуть собственные иррациональные суждения и заменить их более разумными оценками. Как научиться отличать рациональные суждения от иррациональных?

РС соответствуют следующим четырем предлагаемым критериям. Проверьте такое рациональное суждение: "Было бы плохо, если бы жена ушла от меня", соответствует ли оно каждому из наших критериев.

1. Рациональное суждение истинно. РС соответствует действительности и качественно, и количественно; в его поддержку можно представить доказательства; истинность его можно проверить практически. Оно логично, последовательно и согласуется с реальностью. Таким образом, рациональное суждение - это не просто логичное суждение; логичность является необходимым компонентом РС, но для рациональной философии этого недостаточно. Давайте рассмотрим наш пример; мы могли бы доказать, что уход жены повлиял бы отрицательно на пациента. Вероятно, он потерял бы многое из того, что ему было приятно.

2. Рациональное суждение не является абсолютистским. Наоборот, оно условное или относительное. РС обычно высказывается в виде пожелания, надежды, устремления, предпочтения и, таким образом, отражает скорее философию пожелания, чем философию требования. Можете ли вы заметить, что приведенный выше пример отражает предпочтение, а не требование? Пациент по сути сказал: "Я бы предпочел сохранить наш брак".

3. Рациональное суждение ведет к умеренным эмоциям. РС может вызывать как слабые, так и сильные эмоции, но последние не угнетают человека. В этом заключается существенная особенность РС, так как существует распространенное заблуждение о РЭТ, что якобы рациональное мышление ведет к отсутствию эмоций. Как раз наоборот; было бы явным преувеличением полагать, что нулевой уровень эмоций полезен и

рационален. Умеренное эмоциональное возбуждение создает мотивацию на решение проблем (например, анализируя Активирующее событие попытаться его изменить), в то время как недостаточное или чрезмерное возбуждение мешают решению проблем. Возвращаясь к нашему примеру, когда пациент думает о возможном уходе жены, он, вероятно, грустит, но не находится в состоянии клинического случая депрессии.

4. Рациональное суждение помогает вам достигнуть ваших целей. Рациональные суждения снижают вероятность интрапсихического конфликта и конфликта с окружающей средой, способствуют самореализации, установлению микросоциальных связей, повышают степень удовлетворенности жизнью. Проще говоря, РС дают нам свободу выбора лучших способов достижения целей и позволяют нам рисковать там, где это необходимо для достижения целей. В нашем примере, мы считаем, цель пациента - жить как можно более счастливо, что невозможно если пациент находится в состоянии выраженной депрессии. Кроме того, если бы тягостные мысли об уходе жены привели к депрессии, то его депрессивное поведение, возможно, подтолкнуло бы уход жены.

В свою очередь иррациональные суждения характеризуются другими, часто противоположными, признаками.

1. Иррациональное суждение неверно. ИС исходит не из реальности; оно может начинаться неточным предположением и вести к ошибочному умозаключению; оно недоказуемо; ИС часто представляет собой чрезмерное обобщение. Поэтому ИС часто является крайней оценкой, резким преувеличением серьезности ситуации и передается такими словами, как "страшный", "жуткий" или "ужасный". В нашем примере иррациональное суждение выглядело бы так: "Я бы не вынес, если бы моя жена ушла". Конечно же, такое утверждение не отражает реальность.

2. Иррациональное суждение является приказом. Оно отражает скорее абсолютистскую, а не вероятностную философию, и выражается требованиями (а не пожеланиями и предпочтениями). Иррациональные суждения часто формируются уже в детстве и проявляются неадекватными требованиями к себе, другим и

окружающему миру. В основе их нередко лежат нарциссизм или комплекс величия. Эллис (1979а, 1979б;

Эллис и Харпер, 1979) описывает эти требования в виде трех основных "Должен":

Я должен: (преуспевать в делах, получать одобрение окружающих и т.д.)

Ты должен: (хорошо ко мне относиться, любить меня и т.д.) Мир должен: (давать мне быстро и легко то, что я хочу, быть справедливым ко мне и т.д.)

Иррациональные суждения звучат обычно примерно так: (а) это ужасно, (в) я не могу это вынести, (с) я

дрянь, потому что веду себя безобразно. Иногда нам даже удается расстраивать себя совершенно

несовместимыми "должен", например, требование заработать много денег может сочетаться с

одновременным требованием быть всеми любимым. Если вы решили заработать как можно больше, то,

возможно, вы наступите кому-то на ногу. В анализируемой нами ситуации пациенты с ИС обычно говорят:

"Так как моя жена должна жить со мной, я не перенесу ее уход!" или "Поскольку я не переживу, если жена уйдет, она не должна оставить меня". Вы замечаете приказы в этих фразах?

3. Иррациональное суждение ведет к эмоциональным нарушениям. Апатия или тревога в лучшем случае

снижают продуктивность, в худшем могут резко истощать организм. Если пациент в последнее время не

справляется с работой и при этом считает: (а) "Это совершенно неважно, что я не справляюсь с работой" или

(в) "Это просто ужасно, я совсем не справляюсь с работой", то, наиболее вероятно, пациент будет

испытывать одно из двух крайних состояний - апатию или тревогу. Однако к адекватной озабоченности

ситуацией могли бы привести более рациональные рассуждения, например: "Это немаловажно и я

постараюсь повысить работоспособность, но в то же время это не так ужасно и не является концом света то, что сейчас я не справляюсь с работой".

4. Иррациональное суждение не помогает вам достигнуть своих целей. Когда человек связан по рукам и ногам абсолютистским мышлением и обременен отрицательными эмоциями, то у него не самое лучшее состояние для достижения успехов, для получения максимально возможного удовольствия и для сведения к минимуму дискомфорта. В нашем примере пациент иллюстрирует эту проблему. Он не сможет достигнуть своей цели (счастливой жизни), если будет постоянно страдать по поводу возможного ухода жены.

СЛОВА И ИХ ЗНАЧЕНИЕ

Эллис (1979a, 1979b) предложил для выявления иррациональных суждений обращать внимание в речи пациентов на слова "следует" и "должен". Однако, хотя эти слова действительно помогают распознать философию требования, они часто используются в других значениях. Начинающие психотерапевты часто ошибаются, когда каждое услышанное слово "следует" или "должен" оценивают как требование. В нашем языке эти слова имеют много значений, одно из них -предположение. Предложение "Сегодня должен быть дождь" означает лишь "Я ожидаю, что сегодня будет дождь, у меня есть определенная информация". Второе значение этих слов - совет, как например в предложении "Вы должны посмотреть фильм, который я видел вчера", что означает "Мне понравился фильм и я надеюсь Вам тоже понравится". Следующее значение 2-условие, отражающее ситуацию "если - тогда". Предложение "Я должен починить пылесос" может означать "Если я хочу почистить ковры, тогда мне нужно сдать пылесос в ремонт". Еще одним значением этих слов, которому нелегко дать определение, является нравственный императив, подразумевающий, что человек должен что-то сделать по моральным соображениям. Каждое из приведенных выше значений может иметь абсолютистские черты и психотерапевт может это распознать, если вникнет в содержание высказываний пациента и его эмоциональное состояние. Врач поступит очень мудро, если услышав от пациента "должен", перефразирует предложение и оценит реакцию пациента, чтобы убедиться, идет ли речь о требовании. Иначе можно потратить много времени и выявлять не те "следует" и "должен", преуспев только в создании нового табу ("Я не должен говорить "должен").

Если, как мы подчеркнули, придерживаться иррациональных мыслей вредно, то почему мы это делаем?

Существует несколько причин. Во-первых, эта тенденция подкрепляется привычными культуральными стереотипами в нашем языке, сказаниях, песнях. Например, недавний обзор популярной музыки выявил, что 82% текстов песен в стиле кантри и рок отражают иррациональную философию. Во-вторых, когда мы иррациональны, в этом есть какой-то внутренний возбуждающий азарт. Возьмем, например, мальчика, у которого слезы и истерика из-за того, что его не взяли в команду или девочку, которую не пригласили на танцы. Искажение ситуации и преувеличения здесь могут быть желанными и это помогает им привлечь внимание и заслужить сочувствие окружающих. Однако главная причина иррациональности людей высказана Эллисом (1976). Он считает, что почти каждый хотя бы иногда мыслит иррационально и это является свойством человека. Как бы это не выглядело странным, это третье объяснение иррациональности людей вполне подходит для лечебных целей. Такое объяснение хорошо срабатывает, поскольку меняет отношение пациента и позволяет ему прекратить обвинения себя в иррациональности.

В качестве упражнения прочитайте следующие предложения и посмотрите, сколько из них вы правильно оценили как рациональные или иррациональные. Ответы даны на стр. 422.

Жалко, что мне не удалось сделать X; дела пошли бы лучше.
Как досадно, что это не получилось.

Черт возьми, жалко что идет дождь!
Как было обидно упустить такую работу!
Я хотел бы жить ближе к школе, тогда мне не пришлось бы ходить так далеко.

Мне так неприятно, когда муж пилит меня.

Мне надоедает слушать такую музыку.

Если вы хотите сдать экзамен, вы должны много заниматься.

Эти упражнения - действительно нудное занятие.

ОСНОВНЫЕ ИРРАЦИОНАЛЬНЫЕ СУЖДЕНИЯ

Эллис (1976) выделил несколько основных категорий ИС, которые он слышал от тысяч своих пациентов. Пожалуйста, помните, что следующий список ИС - это обобщенная типология, можно не встретить их в чистом виде у отдельного конкретного пациента. Поэтому важная задача врача заключается в том, чтобы определить излюбленные ИС пациента, независимо от того, можно или нет отнести эти иррациональные суждения к какому-то определенному типу. Для того, чтобы было понятнее, мы включили примеры фраз и выражений, в которых присутствует обсуждаемое иррациональное суждение. После обсуждения каждого ИС мы даем пример соответствующего РС. Мы советуем вам проверять свое понимание. Для этого постарайтесь сами сформулировать и записать соответствующее рациональное суждение до того, как прочтете его в скобках.

1. Меня должны любить и поддерживать все, кто мне безразличен, а если нет, то это ужасно.

Я не вынесу, если меня будут называть мужичкой.

Меня никто не любит.

Я боюсь назначить ей свидание.

Я бы этого не вынесла, если бы он разозлился на меня!

Я был бы дураком, если бы стал делать это.

Я не смог бы это сделать на людях.

Я бы все сделал ради этого человека.

Данное иррациональное суждение является одним из самых распространенных и с большими трудностями преодолевается во время лечения. Оно отражает страх быть отвергнутым. Эллис (1974b, 1977a) иногда называет эту проблему "любовной сентиментальностью". Это явление особенно бывает заметно у женщин как результат поло-ролевой социализации. Женщина без мужчины часто воспринимает себя неполноценным незавершенным существом. Как отмечает Жаннет Вольф (1975), женщины, придерживающиеся таких взглядов, часто терпят неудачи. Они не умеют настойчиво добиваться того, что хотят, они часто пассивно соглашаются с тем, что им не нравится в интимных отношениях из-за страха, что если они выскажут свои возражения, партнер может посчитать их неполноценными и бросить. (РС: Было бы желательно и полезно уважать себя, получать одобрение окружающих в конкретных делах и любить самому, а не надеяться на любовь окружающих.)

2. Когда люди поступают плохо или нечестно, они заслуживают порицания, осуждения и наказания; они

плохие или омерзительные личности.

Это всецело твоя вина.

Он не должен был так поступать со мной.

Моим родителям следовало бы быть справедливыми. Тогда я бы не оказался в беде.

В ней нет ничего хорошего.

Ты шовинистская свинья!

Он глуп.

Он заслужил это.

Я хотел бы видеть, как он поплатится за это.

Я ему отомщу.

Конечно, его нужно наказывать.

Перечисляя эти высказывания как иррациональные, мы не хотим сказать, что любое наказание

иррационально или неэффективно. Хотя мы признаем, что наказание может быть важным способом влияния

на поведение людей, мы не считаем, что с позиции нравственности человек заслуживает наказания.

Элементами иррациональности в данном суждении являются взгляды, что: (а) сам человек должен быть

обвинен, (в) он должен быть наказан, (с) он может быть назван плохим. Оценивать нужно поведение, а не

человека. Кроме того, наказание целесообразно для изменения поведения, а не для обвинения людей. (РС:

Определенные поступки неправильны и антисоциальны и те, кто их совершает, поступают так по глупости или в силу своей невротичности, было бы хорошо помочь им измениться.)

3. Это ужасно, когда дела идут не так, как я хотел бы.

Со мной не будут поступать несправедливо.

Я не могу обойтись без этого.

Я не могу даже представить, что у меня этого нет.

Если я не поступлю в аспирантуру... о боже!

Она никогда не согласится спать со мной.

Я не могу вынести, что я такой толстый.

Раньше он всегда давал мне все, что я хотела.

У всех детей есть...

Если он еще раз сделает это, я буду кричать.

Я постоянно хожу за тобой и подбираю. У меня не остается времени на себя.

Данные высказывания пациентов хорошо иллюстрируют незаконченную речь. Ни в одном из приведенных

выше примеров пациенты не дают конкретную оценку описываемой ситуации; оценка находится где-то

между слов или содержится в тоне голоса, которым произносится замечание. Например, в заявлении "Она

никогда не согласится спать со мной" может содержаться невысказанный вывод "...но она должна бы спать

со мной; и поскольку она не соглашается, это ужасно". В таких случаях полезно попросить пациента

закончить мысль, чтобы он мог осознать, что в действительности он дал преувеличенную оценку

серьезности проблемы и ее последствий. (РС: Это плохо, что не часто дела идут так, как хотелось бы и было

бы желательно изменить ситуацию, чтобы дела пошли лучше. Если изменить ситуацию невозможно, лучше

временно принять ее такой, какая она есть.)

4. Мне следует быть очень настороженным в отношении неопределенных или потенциально опасных событий.

Это могло бы случиться.

О, боже.

Ни о чем другом, кроме этого, я не могу думать.

Похоже, что никто не понимает насколько это серьезно.

Это не выходит у меня из головы.

Я не могу допустить чтобы это случилось.

Если Вы не волнуетесь, то Вы, видимо, не понимаете ситуацию.

Что Вы имеете в виду под словом "расслабься"?

Но как я могу быть уверен, что это не случится?

Сесть верхом на лошади? Вы предлагаете это мне?

Это иррациональное суждение построено на требовании определенности в нашей жизни и вызывает тревогу, когда мы не получаем гарантий. Пациенты, придерживающиеся этого иррационального суждения, создают себе две проблемы вместо одной. Они расстраивают себя не только в тот момент, когда случаются неприятности, но и заранее до наступления этого. (РС: Лучше встретить опасность и нейтрализовать ее, когда это невозможно -принять неизбежное.)

5. Я ничего не стою, если я не очень компетентен и не добиваюсь все время успехов или, по крайней мере,

почти все время в главной деятельности.

Какой я дурак.

Мне не следовало кричать на детей.

Я недостаточно умен чтобы поступить в аспирантуру.

Я не могу смотреть на себя.

На что теперь я годен став пенсионером?

Как мог бы я добиться X?

Я не должен был приезжать так быстро.

Без него я ничто.

Мой пациент никак не поправляется!

Это иррациональное суждение относится к двум-трем наиболее распространенным ИС, с которыми сталкивается психотерапевт. Они чаще встречаются у мужчин в нашем конкурирующем, ориентированном на достижение, обществе. Это ИС обычно связано с сильным страхом неудачи; человек считает, что если он не достигает успеха, то он неудачник (а не просто не справился с задачей). Эта форма самоосуждения

провоцирует сильную тревогу при ожидании неудачи и ведет к депрессии, когда неудача

действительно случается. (РС: Полезнее воспринимать себя несовершенным созданием,

подверженным человеческим слабостям и ошибкам. Лучше просто заниматься своим делом, чем

испытывать потребность добиваться успехов.)

6. Должно существовать идеальное решение этой проблемы; я должен быть уверен в себе и должен полностью контролировать ситуацию.

Нужно найти лучший способ.

Если я буду продолжать искать, я найду это.

Я просто не могу принять решение.

Как я могу быть уверен?

Разве это не рискованно?

Как я могу определить лучший способ сделать это?

Я знаю, что хочу, но я все еще не могу решить.

Если я останусь, я буду страдать и если поеду, тоже буду страдать.

Мне не хватает уверенности в себе.

Доктор, Вы имеете в виду, что не можете сказать мне, что я должен делать?

В этом ИС есть два элемента. Во-первых, существует идеальное или совершенное решение проблемы и необходимо найти его, а если не удастся найти, то результат будет ужасным. Во-вторых, независимо от того, существует или нет идеальное решение, пациент убежден, что должен полностью контролировать изменяющуюся ситуацию. Это иррациональное суждение может быть также направлено на других людей. Пациент может сердиться на того, кто не предлагает хорошее решение или не управляет сложной ситуацией. Одним из тех людей, на кого наиболее вероятно может рассердиться пациент, является врач, особенно когда проблемы не решаются легко и быстро или когда врач не может указать верный кратчайший путь решения проблем. (РС: В нашей жизни много неопределенности, но можно наслаждаться жизнью несмотря на это.)

7. Мир должен быть честным и справедливым.

Как она только могла мне это сделать?

Почему всегда это случается именно со мной?

Он не должен был это делать.

Я не заслуживал этого.

Но я делал все, что мне полагалось.

Они не имели права уволить меня.

Как вы посмели.

В конце концов он схлопочет.

Вы не можете указывать мне что я должен делать.

Я не прошу слишком много.

Это суждение иррационально прежде всего из-за своей требовательности. Пациенты, разделяющие такие взгляды, не хотят принимать мир таким, какой он есть и считают, что они сами могут обустроить мир лучше Бога. Это ИС часто является ключевым элементом когнитивной сферы подростков с их идеализмом и своими устойчивыми представлениями каким должен быть мир (их мир!). Врач поступит не лучшим образом, если согласится с пациентом, что мир несправедлив к нему и что это ужасно. Лучше спросить пациентов, откуда у них возникает это мнение, что мир «должен быть справедливым». (РС: Мир часто несправедлив, хорошие люди иногда умирают молодыми. Лучше принять этот факт и сосредоточиться на том, как можно радоваться жизни несмотря на существующую несправедливость.)

8. У меня никогда не должно быть дискомфорта и боли.

Зачем мне эти неприятности? Это слишком трудно. Но мне не нравится это. Я могу получить травму. Но я так хочу есть! Я не могу вынести это. Какая суета!

Я был бы рад избавиться от всего этого.

Разве нельзя припарковаться поближе?

Что? Я должен пойти к стоматологу? Будет слишком больно.

Мы уже целых пять минут стоим в очереди.

Я боюсь забеременеть, потому что рожать больно.

Читатель возможно удивится тому, что в описании этого ИС мы используем слово "боль", которое мы относим как к психологическому, так и к физическому дискомфорту. Физический дискомфорт проявляется в некоторых ситуациях, не связанных с соматическими заболеваниями, таких, как разнообразные неудобства. Уверенность в неспособности справиться с дискомфортом является формой Низкой Фрустрационной Толерантности (НФТ) и часто ведет к пагубным привычкам и неумеренности в поведении или, по крайней мере, к нытью и жалобам, утомительным для окружающих. Страх дискомфорта может также препятствовать достижению определенных целей или получению разнообразного удовольствия, потому что пациенты оценивают имеющийся дискомфорт как непереносимый. Если вы хотите подняться к горной речке чтобы искупаться в водопаде, вам, возможно, придется идти по камням и скалам. Многие люди считают, что они должны быть всегда в состоянии комфорта, чем бы они ни занимались; такое убеждение ограничивает возможности человека. (РС: Редко можно достичь чего-либо без дискомфорта. Я могу справиться с дискомфортом, хотя такое состояние мне не нравится.)

9. Я могу сойти с ума и это было бы невыносимо.

Я больше не могу даже думать спокойно.

Вчера вечером по телевизору показывали человека с такими же проблемами, как у меня. Для него это закончилось сумасшедшим домом.

Я так боюсь потерять контроль над собой.

Что со мной может произойти?

Я боюсь помешаться!

Что будет, если я потеряю контроль?

Мне кажется я схожу с ума.

В моей ситуации любой будет сильно нервничать.

Я мог бы закончить как моя мать... она покончила жизнь самоубийством.

Насколько опасен этот симптом, доктор?

Разве это нормально?

Френофобия, страх сойти с ума, часто встречается среди пациентов и лежит в основе того, что мы называем симптомным стрессом. Виктор Рэйми (1975) называет эту проблему психологической ипохондрией. Почему люди так боятся сойти с ума? Обычно, не являясь специалистами, они имеют неверную информацию о психопатологии и представляют, как они становятся неистовыми маньяками и поэтому подлежат заточению на длительное время в "жуткую тюрьму". Когнитивными особенностями этого страха являются негативная самооценка ("Я плохой") и тревога дискомфорта, как отмечалось выше ("Я не смог бы вынести такую суету."). (РС: Эмоциональный дистресс, конечно, неприятен, но все же с этим можно справиться.)

Оставшиеся четыре иррациональных суждения имеют свои особенности. Они, может быть, менее оценочны, но безусловно иррациональны, поскольку не поддаются практической проверке и не способствуют достижению цели.

10. Лучше избегать, чем противостоять жизненным трудностям.

Ничего не поможет.

Зачем зря напрягаться?

Я сделаю все чтобы избежать этого.

От этого нет пользы.

Во всяком случае это не такая уж серьезная проблема!

Доктор, выпивка помогает мне забыться.

Я бы предпочел выпить. Мне не нравится моя сегодняшняя жизнь, но... Если я не думаю об этом, то оно меня не тревожит. Это никак не поможет. Об этом я буду думать завтра.

Я думаю что-нибудь сделать по этому поводу, но просто еще не собрался с силами.

Это суждение сходно с восьмым ИС (потребность в комфорте) и содержит следующий оценочный

компонент: "Жизненные трудности так неприятны, что их нужно избегать любой ценой". Это избегание

может быть серьезным препятствием для эффективного лечения и врач поступит грамотно, если прямо

укажет на это пациенту и призовет его критически проанализировать данное ИС и отказаться от него. (РС:

Так называемый легкий путь в конечном итоге всегда оказывается более тяжелым.)

11. Я нуждаюсь в ком-то более сильном, чем я, чтобы я мог на него положиться.

Женщине нужен мужчина.

Без нее я не справлюсь.

Когда дела плохи, я надеюсь только на Бога.

Я не могу это сделать один.

Но он всегда знает, что нужно делать.

Никто не умеет так готовить, как моя мать.

Всегда можно надеяться на Всевышнего.

Что я буду делать без тебя?

Доктор, я ждал целую неделю чтобы поделиться с вами.

Доктор, Вы не должны брать отпуск!

Люди с данным ИС заявляют, что они не могут справиться со своими проблемами. Хотя многие их нас считают полезным обратиться к другим за советом и рекомендациями, в том числе и во время молитвы, исключительное возложение надежд на кого-то другого или Высшую силу снижает собственную активность в решении проблем и в достижении жизненных целей. Ключевым элементом в этом ИС является слово "нуждаться". Поэтому полезно подчеркнуть пациентам, что "Бог помогает тому, кто помогает себе".

(РС: Лучше действовать и думать независимо, хотя в этом есть некоторый риск.)

12. Эмоциональные переживания вызываются внешними событиями, у меня мало возможностей управлять чувствами или изменять их.

Из-за него я чувствую себя ничтожеством.

Без нее я пропаду.

Он так разозлил меня.

Когда он входит в комнату, я начинаю злиться и краснеть.

Он испортит мне вечер.

Общество приучило нас быть такими.

Ты заставил меня полюбить тебя.

Если бы ты перестала цепляться ко мне, я мог бы измениться.

Если бы только у меня была эта работа, я был бы счастливым.

Ты сделал меня больной.

Изменение этого суждения является краеугольным камнем работы рационального психотерапевта. Пока пациент не примет ответственность за свои чувства на себя и не поймет, что он сам вызывает эмоции и поэтому может изменить их, он будет продолжать считать причиной своих несчастий разнообразные внешние факторы. Данное ИС является фактически гипотезой о влиянии внешних стимулов на поведение человека. Поэтому в соответствии с нашим определением, что суждения - это оценочное познание, данное суждение, строго говоря, не является ИС само по себе. Однако, если не изменить это суждение, оно будет мешать людям помогать себе и будет препятствовать коррекции собственных ИС.

(РС: Эмоциональные переживания во многом определяются нашим отношением к событиям. Человек приобретает надежный контроль над отрицательными эмоциями, если стремится изменить собственные ненаучные ошибочные взгляды, создающие эмоциональные проблемы.)

13. Прошлое является причиной моих сегодняшних проблем, потому что те давние события сильно повлияли на меня и будут продолжать действовать.

Меня так воспитали.

У меня вся семья такая.

Обстоятельства вынудили меня делать это.

Видите ли, дело в том, что я был усыновлен.

Я никогда хорошо не учился в школе.

Когда я был ребенком...

У меня было ужасное детство.

Все мы, итальянцы, очень эмоциональны.

Доктор, Вы не смогли бы это понять, если бы не были евреем.

Это вина моей матери; она меня так воспитала.

Это суждение, по форме тоже не очень оценочное, является одним из наиболее коварных и трудных

препятствий на пути к успешному лечению. Это утверждение предполагает, что лечение не поможет,

поскольку пациентов изменить нельзя. Пациенты могут считать свое происхождение, наследственные

факторы, отдельные события своей жизни причиной того, что они не могут измениться. И, конечно, если

пациенты считают, что не могут измениться, то маловероятно, что они будут предпринимать какие-то попытки в этом направлении. Это суждение иррационально потому, что препятствует достижению личного счастья, а также в силу абсолютистского содержания. Это прогноз о влиянии внешних событий на поведение человека, мы считаем этот прогноз ошибочным. (РС: Мы можем учиться на собственном опыте, не становясь заложниками предрассудков.)

Начинающим психотерапевтам полезно помнить, что все эти ИС можно свести к трем основным:

1. Самообвинение
2. Непереносимость фрустрации
3. Обвинение окружающих

Целесообразно расспрашивать пациентов до тех пор, пока они не признают у себя одно или несколько из этих основных ИС. Главные иррациональные суждения пациентов можно также распознать по их оценочным определениям. Событие иррационально оценивается как ужасное скорее по самопроизвольному определению, чем на основе объективного учета негативных последствий.

ВЫЯВЛЕНИЕ "ИС"

Разобраться в системе суждений бывает непросто, поскольку процесс мышления во многом состоит из заученных до автоматизма когнитивных привычек. Мы редко останавливаемся в нашей насыщенной жизни чтобы поразмышлять о том, как мы думаем. Много лет назад Джон Уотсон, основатель бихевиоризма, предложил объяснение тому факту, что мы разговариваем сами с собой молча; все очень просто - разговор с собой вслух социально неприемлем и может быть наказуем. Советские психологи Выготский (1962) и Лурия (1969) проследили процесс перехода внешней речи у детей во внутреннюю. На ранних стадиях развития речи поведение детей контролируется речью окружающих. Позднее можно заметить, как дети вслух подражая взрослым дают себе те или иные команды. В конце концов в ходе развития общение с собой становится полностью беззвучным. Кроме того, со временем снижается необходимость концентрации на внутренних командах и элементы внутренней речи как бы получают некоторую свободу. Этот последний момент будет более понятен, если вы вспомните как происходит обучение вождению машины или как ребенок учится завязывать шнурки. В обоих случаях трудная задача разбивается на более мелкие элементы. Сначала ученик получает указания от инструктора, затем он обычно повторяет инструкции вслух, далее повторяет их про себя и в конце концов все элементы соединяются в одно целое действие и выполняются автоматически.

Предположительно, процесс мышления, предшествующий эмоциональным реакциям, имеет сходные, хотя более сложные, этапы. Психотерапевту нередко приходится помогать пациентам распознать и вербализовать свои мысли, суждения, систему отношений, философию жизни.

Иногда психотерапевт встречает пациентов, осознающих свой внутренний диалог и готовых охотно воспроизвести его. Чаще однако, пациенты, когда их спрашивают о чем они думают, отвечают о своих чувствах, например: "У меня грусть (или тревога, мрачное предчувствие и т.д.)". В подобных случаях врач помогает пациентам осознать, например, что "мрачное предчувствие" - это не мысль, а чувство.

Как можно помочь пациентам вербализовать свои суждения? Простейший способ - задавать вопросы. Вот

некоторые из вопросов, которые вы можете использовать для выяснений суждений пациентов:

1. Что происходило у Вас в голове? (или, если врач видит эмоциональные реакции пациента во время сеанса, "Что происходит у Вас в голове в данный момент?")
2. Что Вы себе говорили?
3. Вы осознавали какие-то мысли в своей голове?
4. У Вас вновь играет старая пластинка в голове; что исполняется на этот раз?
5. Что было у Вас в голове тогда?
6. О чем Вы тогда беспокоились?
7. Вы знаете о чем думали в тот момент?

Если пациенты утверждают, что никаких мыслей у них не было, начинающим психотерапевтам полезно помнить, что не только иррациональные мысли, но и отсутствие оформленных мыслей вообще могут указывать на психопатологию. Лечебная работа может начинаться с обучения пациентов умению настраиваться на собственные мысли и фиксировать их, используя рекомендации психотерапевта. Обобщая накапливающуюся информацию о ситуации пациента, о его поведении, эмоциональных реакциях врач может сделать заключение о специфических иррациональных суждениях пациента, что можно представить пациенту в следующей форме:

"Хорошо, я не знаю точно, какие у Вас возникают мысли, но когда люди чувствуют тревогу, они чаще всего говорят себе примерно вот что: ...". или

"Мой опыт работы психотерапевтом подсказывает, когда люди испытывают серьезные затруднения в принятии решений, они часто говорят себе следующее:.....".

Конечно, важно проверить эти предположения с помощью уточняющих вопросов, например, "Вам это знакомо?" или "Могли ли у Вас быть примерно такие мысли?" В последующих сеансах, когда пациент сообщает о беспокойстве по другому поводу, врач может использовать хороший обучающий прием, обратившись к пациенту: "Вы помните то объяснение тревоги, о котором мы говорили на прошлой неделе? Как Вы думаете, что на этот раз Вы говорили себе?" Таким способом психотерапевт помогает пациенту лучше осознать связь между эмоциями и мышлением.

Врач может также сам назвать иррациональное суждение и предложить пациенту обсудить его. Для пациентов, склонных к сомнениям и углубленным размышлениям, это лучше, чем побуждать пациентов самостоятельно детально восстанавливать в памяти свои мысли. Иррациональное суждение можно представить сначала в общем виде, а затем задать уточняющий вопрос. Например: "Многие люди говорят себе: "Если бы она считала меня дураком, это было бы ужасно. Вы думаете так же хотя бы отчасти?" Если пациент отвечает согласием, тогда предположение психотерапевта подтвердилось и обозначилась проблема для работы. Если пациент отвечает "нет", то можно спросить: "Хорошо, а что думали бы Вы?"

Довольно часто пациенты разговаривают с собой полупредложениями с точки зрения синтаксиса. То есть они ставят точку в предложении, когда мысль еще не закончена. Например:

П: Длительное время я не думал о том, что я хочу сделать в жизни.

В: А что Вы думаете сейчас по этому поводу?

П: Я думаю, что хочу вернуться в школу. Но я не могу это сделать сейчас.

В этом примере врач вернул пациента к незаконченной мысли и попросил завершить предложение. Иногда пациенты высказывают только рациональную часть своих мыслей, тогда врач может предложить в качестве гипотезы невысказанное пациентом иррациональное суждение. Например:

П: Я хочу хорошо учиться в школе.

В: Стало быть, ты должен хорошо учиться, не так ли?

Прием завершения предложения очень широко используется в РЭТ.

Невысказанное окончание мысли может образовать силлогизм, например: "Если бы он меня любил, он женился бы на мне... но он не женился". Пациентка в этом месте может остановиться, однако почему все же она так угнетена? Получить ответ на этот вопрос можно если спросить пациентку, как она оценивает сложившуюся ситуацию. Наиболее вероятно, что она закончила этот алогичный силлогизм так: "Раз он не женился, значит он меня не любит и это ужасно". Легко заметить, что утверждение "если, тогда" в данном случае лишено логики, поскольку могло быть много других причин, почему он не пошел с ней под венец, и даже если он действительно не любит ее, где доказательства, что это действительно ужасно?

Сходная техника выявления стержневого иррационального суждения заключается в повторении простого вопроса. Рассмотрим пример с пациентом, испытывающим трудности принятия решений:

В: Почему Вам трудно принимать решения?

П: Потому, что я мог бы сделать ошибку.

В: А почему это стало бы такой серьезной проблемой?

П: Но если бы я сделал ошибку, я бы чувствовал себя дураком или испытывал чувство вины.

В: Это то, как бы Вы себя чувствовали. А что это значило бы для Вас?

П: Это доказало бы мою некомпетентность.

Подобно данному примеру можно построить цепочку вопросов, касающихся худших опасений пациентов:

"Хорошо, предположим, что Вы потеряли работу, что тогда произойдет? - Хорошо, Вы теряете свой дом, что будет дальше? - Хорошо, и что тогда случится? и т.д." Обратите внимание, врач не подвергает сомнению

худшие опасения пациента, а работает с предположением, что это может случиться.

В: Что самое худшее могло бы произойти, если бы Вы стали возражать жене?

П: Она могла бы уйти от меня.

В: Что самое худшее могло бы произойти, если бы жена действительно оставила Вас?

П: Я наверное не нашел бы другую женщину, о боже!

В: Допустим Вы так и не нашли бы другую женщину. Что самое худшее тогда произошло бы?

П: Я мог бы заболеть и обо мне никто бы не позаботился. В: Что в этой ситуации было бы самым худшим?

П: Это и было бы самым худшим! Это так ужасно, что я не могу даже думать об этом.

Не удивляйтесь тому, что дойдя до последнего вопроса вы оказались далеко от первоначальной проблемы; пациенты могут совсем не осознавать собственную иррациональную философию.

Подобно вышеуказанному примеру психотерапевт изучает основные ИС с помощью подробного расспроса и при этом может выявить дополнительно какие-то иррациональные мысли. Пациент может начать с претензий на то, чтобы его мать, жена, дети, начальник и т.д. делали то, что он хочет (см. выше ИС 3). Тогда врач задает вопрос: "Почему для Вас это так важно, чтобы они слушались Вас?" В ответе может обнаружиться, что пациент считает себя "особым", возможно настолько слабым и зависимым, что нуждается в заботе окружающих (ИС 11). Если врач продолжит расспрос, почему это важно для пациента, то могут выявиться еще более иррациональные суждения. В данном примере пациент может заявить, что считает ужасным то, что его семья о нем не заботится, так как это доказывает, что он никчем. Вера в собственную "никчемность" является основным ИС.

Как построить терапевтическую беседу используя такую цепочку вопросов? Существует два основных

способа: психотерапевт может останавливаться на каждом иррациональном суждении и критически

обсуждать его или может продолжать опрос до конца и лишь затем перейти к обсуждению. Мы не

располагаем практическими данными, какой из этих двух способов лучше, однако клинический опыт

показывает, что врач может с успехом сразу без промедления приступить к обсуждению ИС. В противном

случае, до тех пор, пока пациент не откажется от данного ИС, он может создавать себе новые проблемы.

Например, пациенты, которые никогда серьезно не обсуждали проблему иррациональности оценивания себя

в зависимости от успехов, могут отказаться от потребности в обожании со стороны сексуального партнера,

однако позднее могут начать оценивать себя в зависимости от профессиональных успехов. Поэтому важно

не откладывать обсуждение основных ИС. Таким образом, начиная лечебный сеанс вопросом "Каковы Ваши

проблемы на этой неделе?", постарайтесь сопоставить новые жалобы пациента с основными ИС. Для этого

спросите: "В какой мере это связано с тем, что мы с Вами определили как Вашу основную проблему?" Этим

вопросом можно показать различие между терапией частных проблем и более основательным лечебным

подходом.

Для того, чтобы дискуссия была плодотворной, важно помнить, что поведение человека обычно определяется многими причинами. Слишком часто начинающие психотерапевты, узнав П (отрицательные эмоции) и обнаружив одно ИС для обсуждения, считают случай уже закрытым. Разрешив пациенту говорить свободно или настойчиво расспрашивая его, психотерапевт может обнаружить, что П являются результатом нескольких ИС, имеющих часто спиральные, боковые и иерархические связи.

Врачу не нужно бояться выявления нескольких П или "полного улья П". Можно просто кратко записывать все иррациональные высказывания пациента по ходу беседы и затем предложить пациенту весь список ИС для оценки и обсуждения. Возможно психотерапевт сможет выделить общие темы, если таковые появятся; если их не будет, можно совместно с пациентом расставить все ИС по степени важности и последовательно их критически обсуждать.

Другая проблема заключается в том, что начинающий психотерапевт, выяснив иррациональные суждения по какому-то одному аспекту проблемы пациента, может пропустить другие ИС, которые возникают у пациента в другой ситуации.

Например, предположим, что Берт жалуется на чувство вины в связи с супружеской изменой или мыслями

об измене и просит врача избавить его от этого чувства. Следует ли врачу защищать сексуальную свободу или отстаивать ценности супружеской преданности? Ни то, ни другое; было бы лучше раскрыть основные ИС, которые задействованы в данном случае. Итак, пациент имеет два альтернативных пути (измена или супружеская верность) и это не дело врача, делать выбор за пациента. Задача врача - помочь пациенту определить ИС, которые затрудняют ему выбор того или иного пути. Например, возможно некоторые ИС отражают его склонность к самоосуждению и ведут к чувству вины в связи с изменой. Но у Берта есть ведь альтернативный выбор сохранения супружеской верности. Какие ИС и какие эмоции помешали ему поступить так, чтобы сохранить спокойствие и комфорт? Вполне возможно, что он страдает низкой фрустрационной толерантностью, считая, что он должен удовлетворить свое желание побочной связи и что он не мог бы перенести дискомфорт моногамной жизни. Задача заключается в раскрытии подобных ИС с тем, чтобы пациент мог заняться решением собственных проблем научившись взвешивать альтернативы, принимать собственные решения и научившись использовать эти навыки в жизни.

ПОИСК "ИС" ПРИ ОПРЕДЕЛЕННЫХ ЭМОЦИЯХ

К этому моменту вы возможно озадачены тем кажущимся бесконечным количеством взаимосвязей между С и П. Однако, мы надеемся, что вас несколько успокоит то обстоятельство, что определенные мысли обычно ведут к определенным эмоциям. Свою работу практический психотерапевт строит на этом теоретическом положении. В качестве иллюстрации мы дадим характеристику иррациональных суждений, лежащих в основе четырех основных видов эмоциональных расстройств: тревоги, депрессии, вины и гнева.

Тревога. Тревога возникает в результате мыслей о будущем; люди редко боятся длительное время событий, происходящих в текущий момент. Поэтому врачу имеет смысл задавать вопросы в отношении будущего: "Как Вы считаете, что может произойти?" или "Какого рода неприятностей Вы опасаетесь?" В ответ обычно слышатся варианты катастрофизации событий. Страх может быть самым различным от конкретного и изолированного до тотального и диффузного (так называемая свободно плавающая тревога). Согласно Хауку (1974) два самых распространенных страха - это страх быть отвергнутым и страх неудачи, к ним примыкает сверх страх или страх страха.

Тревога определяется следующими тремя когнитивными особенностями:

1. Что-либо плохое может случиться.
2. Если случится, это будет ужасно - катастрофа.
3. Поскольку может случиться катастрофа, я должен волноваться, накручивать себя и постоянно думать об этом.

Первое утверждение может оказаться точным прогнозом, основанном на достоверных данных, поэтому психотерапевту желательно выяснить этот момент. Негативное событие, которое предчувствуют пациенты, может быть внешним обстоятельством или внутренним, таким как самообвинение в связи с возможным провалом. Итак, пациенты боятся будущих событий, которые, по их мнению, могут доказать их никчемность. Допуская, что пациенты могут оказаться правы в отношении ожидаемого события, тем не менее первое искажение реальности может появиться в утверждении 2 - тенденциозном восприятии А. В любом случае, отчетливые иррациональные "должен" наблюдаются в третьем утверждении, так как если пациенты не будут цепляться за это ИС, они перестанут расстраиваться по этому поводу.

Депрессия. Бек (Веск, 1976) предложил когнитивную триаду, описательно характеризующую депрессию: негативная оценка себя, негативная оценка мира, негативная оценка будущего. Эти характеристики имеют сходство и общие черты с иррациональными суждениями, которые теория РЭТ считает главной причиной депрессии:

1. Стойкое убеждение в собственной неполноценности.
2. "Ужасно" не иметь то, что "нужно".
3. Катастрофизация окружающего.

Хаук (1974) в своей прекрасной книге по депрессии выделяет три типа депрессий. В основе каждого типа лежит собственная структура ИС. Во-первых, причиной депрессии может быть самообвинение; к самообвинению ведет следующий шаблон мышления:

1. Я провалился, согрешил или случайно обидел кого-то.
2. Я должен быть идеальным и не должен совершать плохие поступки.
3. Поэтому я плохой человек и заслуживаю наказания.

Второй путь формирования депрессии лежит через жалость к себе со следующим ключевым ИС:

1. Я хочу поступать по-своему.
2. Это ужасно, если я не могу поступать по-своему.

Наконец, депрессия может возникнуть в результате жалости к другим, если человек считает, что:

1. Я должен переживать по поводу проблем других (или по поводу событий в окружающем мире).

Чувство вины. Когнитивные особенности чувства вины включают два компонента. Во-первых, пациенты считают, что что-то делают (или сделали) неправильно. Во-вторых, они винят себя за это. Опять же, первое утверждение может быть точной оценкой действительности в соответствии с системой ценностей пациента. Взятое отдельно, это утверждение может свидетельствовать об ответственности пациента за свои действия и оно может быть полезным для изменения поведения в будущем. Второй компонент чувства вины является

иррациональным. Заметьте различие, если бы вместо обвинения себя пациент сказал бы: "Хорошо, я ошибся. Время от времени люди ошибаются и я сделаю все, что зависит от меня, чтобы не повторить эту ошибку вновь". Итак, истинное чувство вины всегда включает элемент самоуничтожения, который обычно препятствует улучшению эмоционального состояния или поведения.

Гнев. Гнев бывает самый разный, но проблемы создает выраженный гнев (враждебность) - эмоция, затрудняющая достижение цели. Эллис (1977b) описывает когнитивные особенности гнева в виде набора требований Иеговы. Первый шаг заключается в определении, что является правильным, а что неправильным, это своеобразный вариант морализированного негодования. Второй шаг - это абсолютистские требования: "Ты должен относиться ко мне иначе" или "Ты не должен так поступать". Третий шаг - катастрофизация: "Это ужасно; я не в состоянии это вынести !». И наконец после этого начинается поиск виновного с осуждением: «Ты ублюдок!" и «Ты заслуживаешь наказания и проклятия!» В чем заключается иррациональность этих суждений? Чувство гнева обычно снижает эффективность действий; требование вечных мук в аду кому-либо равнозначно заигрыванию с богом и проклятие не помогает исправлять ошибки или научить хорошему поведению.

ДРУГИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В предыдущем разделе мы описали как рациональный терапевт использует конкретные П пациента как ключ

к пониманию соответствующих иррациональных суждений. К тому же по мере накопления врачебного

опыта вы будете обнаруживать, что те или иные клинические нарушения часто ассоциируются с

конкретными системами суждений. Ключи к ИС можно обнаружить в описываемом пациентом А или в тех

особенностях поведения пациента, которые вы замечаете. Другими словами, поиск ИС пациента, которыми

он расстраивает сам себя, вы можете начать с использования когнитивных схем, которые складываются на

основе накопления сходных случаев. Эти схемы можно применять в качестве первоначальной гипотезы.

Хотя размеры книги не позволяют описать все распространенные схемы, все же несколько примеров помогут

вам лучше ориентироваться в них.

Если пациенткой является мать, испытывающая выраженную тревогу и гнев по отношению к своим детям за их плохое поведение, мы обнаруживаем, что ключевым ИС, лежащим в основе проблемы, часто бывает, пониженная самооценка. Мать не только оценивает поведение детей как плохое, но также может допускать чрезмерное обобщение, считая себя плохой матерью. Итак, она низко оценивает себя исходя из поведения детей. В работе с матерями, неважно маленькие у них дети или уже самостоятельные взрослые, психотерапевт пользуется этой схемой как гипотезой и своими вопросами заостряет внимание пациенток на проблеме самооценки.

Другой пример когнитивной схемы взят из опыта работы с женщинами в возрасте 45-60 лет, для которых основным нарушением является депрессия. В этот период жизни женщины ощущают влияние менопаузы и часто считают, что с наступлением менопаузы их сексуальная жизнь заканчивается. Сами они не часто начинают разговор о менопаузе и сексуальности, так что схема врача помогает начать обсуждение этих важных проблем и связанных с ними иррациональных суждений.

Создание и использование таких схем будут расширяться по мере накопления профессионального опыта. В действительности, возможно, вы обнаружите, что уже имеете много таких схем, помогающих принимать решения. Однако, мы хотим подчеркнуть, что схемы - это только гипотезы, но не факты. Не всегда гнев матери по отношению к детям зависит от самооценки, также как депрессия у женщин в среднем возрасте не всегда связана с мыслями о снижении сексуальности. Иначе говоря, сначала лучше проверить правильность гипотезы с помощью данных, получаемых от пациента, а уже после этого переходить к терапевтическим процедурам.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНОЕ ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЕ

Во время лечения часто встречаются ИС, которые мешают пациентам честно поделиться проблемами во время сеанса или рассказать психотерапевту о своих внутренних диалогах. Согласно одному из таких иррациональных суждений пациенты должны сами решать свои проблемы и не должны испытывать тревогу или допускать ошибочные суждения. Иногда пациенты могут легко обнаружить такие скрытые мысли (например: "Доктор, мне стыдно сказать Вам, что случилось на прошлой неделе"). В других случаях чувство стыда или вины вообще не позволяет пациентом обратиться за помощью. Весьма полезно воспринимать данную проблему в виде обобщенной схемы и время от времени проверять ее наличие у своих пациентов.

Глава 6

ДИСКУССИЯ: ОБЩИЕ ПОДХОДЫ

В предыдущих главах мы изложили основы диагностики А, С и П в рационально-эмотивной терапии. Теперь мы могли бы заключить, что в РЭТ психотерапевт выступает в роли диагноста, ищущего и обнаруживающего пусковые механизмы проблем пациента. Выявление А, С и П осуществляется с помощью процедуры оценивания, полезной как для психотерапевта, так и для пациента. Если сам врач не понимает важной связи между С и П, то он не сможет доступно объяснить это пациенту. В свою очередь, если пациент не понимает значения этой связи, у него не возникнет желание изменить собственные суждения. Изменение суждений является ответственным этапом лечения, происходящим на стадии Д (Дискуссия).

Что такое дискуссия? Это вызов пациента на спор, это полемика по поводу системы иррациональных

суждений пациента. Дискуссия может проводиться на когнитивном, образном или поведенческом уровнях.

Все эти варианты дискуссий излагаются в данной главе. Когда рациональные суждения отделены от

иррациональных, Д заключается только в критическом обсуждении ИС. Например, психотерапевт может

спросить: "Почему Вы обязаны преуспеть в жизни?" Пациент может ответить: "Потому, что я хочу этого".

Это будет рациональным суждением, но продолжение: "... и это ужасно, если я не добьюсь того, что хочу",

уже является типичным иррациональным суждением. Итак, обсуждению подлежат только ИС, но не РС.

Пациентов просят беспристрастно взглянуть на свою внутреннюю иррациональную философию и исследовать шаг за шагом свои суждения с тем, чтобы определить, есть ли в них смысл и польза. Дискуссия - это логический практический процесс, когда пациенту помогают остановиться и задуматься. Ее основная цель - помочь пациенту принять новую внутреннюю жизненную философию, выражающуюся в таких суждениях, как: "Было бы очень плохо, если бы мне не удалось достигнуть желаемого, но я могу это перенести. Я могу ошибаться, но это не ужасно". Эта основная цель дискуссии известна в рационально-эмотивной терапии как изящное решение.

Итак, Д состоит из двух основных стадий:

1. Пациенту помогают обсудить шаг за шагом все ИС. Психотерапевт высказывает свои сомнения по поводу оценок, которые давал пациент имеющимся А.
2. Пациенту помогают сформировать альтернативную рациональную жизненную философию.

Сейчас давайте перейдем к изложению трех вариантов дискуссий.

КОГНИТИВНАЯ ДИСКУССИЯ

Когнитивная дискуссия - это попытки изменить ошибочные суждения пациента с помощью

философского убеждения, дидактического подхода, сократического диалога, описания чужого опыта и других разговорных приемов. Одним из главных инструментов когнитивной дискуссии является использование вопросов. Мы отмечали ранее, что, обычно лучше избегать вопросов "почему"; однако, во время дискуссии такие вопросы могут оказаться особенно полезными. Ответ на вопрос "почему" требует доказательства или обоснования суждения и, поскольку доказать иррациональные суждения невозможно, пациент может счесть разумным отказаться от ИС.

Ниже мы приводим несколько групп вопросов, отобранных из дискуссий, проводимых Эллисом (1962, 1971, 1974, 1978b) и другими специалистами Института по рационально-эмотивной терапии в Нью-Йорке и Лос-Анджелесе. Мы даем эти примеры, чтобы помочь вам сделать первые шаги. Обратите внимание, что используя такие вопросы, врач побуждает пациентов выполнять важную работу, в особенности когда пациентов просят доказать правоту своих иррациональных суждений.

Первая группа вопросов направлена на выявление доказательств, логичности, семантической ясности суждений пациента. Эти вопросы можно задавать при обсуждении любых ИС:

Где доказательство?

Где факты?

Это правда? Почему нет?

Почему это так?

Можете ли Вы доказать это?

Откуда Вы знаете?

Почему это является чрезмерным обобщением?

Почему это неподходящий термин?

Как бы Вы убедили своего друга отказаться от этой мысли?

Почему это утверждение неверно?

Каким образом?

Это очень хорошее доказательство?
Объясните мне, почему... (например,... Вы не чувствуете себя "своим" в колледже?)
Какое поведение Вы могли бы считать доказательством?
Почему это должно быть так?
Давайте будем учеными. О чем говорят факты?
Где это написано?
Какие потребовались бы факты, чтобы Вы отказались от этого мнения?
Что это означало бы лично для Вас?
Почему неверно мнение, что Вы "особая"?
Как бы Вам это повредило, если бы Вы не сделали X?
Почему Вы обязаны?
Давайте предположим худшее, что Вы совершите очень плохие поступки.
Почему Вы должны избегать этих поступков?
Вопросы второй группы побуждают пациента оценить, произойдет ли в будущем, ожидаемое событие и если да, то будет ли оно настолько неприятным, как этого опасается пациент. Эти вопросы особенно полезны в случаях, когда пациенты склонны к оценке "ужасно":
Что случилось бы, если...?
Что, если...?
Если это правда, что самое плохое может произойти?
Все же, что если это случится?
Почему это было бы так ужасно?
Что самое худшее в этом "ужасном"?
Спросите себя: "Могу ли я все же быть счастливым?"
Что хорошее может произойти, если наступит X?
Можете ли Вы быть счастливым, даже если Вы не имеете то, что хотите?
Что могло бы произойти?
Насколько это было бы страшно?
Объясните мне, почему это так подействовало бы на Вас?
Какова вероятность плохих последствий?
Как это Вам помешает, если наступит X?
Вопросы третьей группы не подвергают сомнению логичность мышления пациента, но помогают пациентам оценить значение гедонизма в системе ценностей:
До тех пор, пока Вы так считаете, как Вы будете себя чувствовать?
"Что бы я ни захотел, я должен это получить". Как такое требование отразится на Вас?
Заслуживает ли это риска?
Стоит ли оно того?
Задавая вопросы предоставляйте пациенту время на обдумывание ответов. (Имеется в виду, что вы не будете задавать несколько вопросов одновременно; пожалуйста, не создавайте завал из вопросов.) Не отвечайте сами на ваши собственные вопросы прежде, чем дадите возможность ответить пациенту. Будьте готовы к молчанию пациента после ваших вопросов. Начинающие психотерапевты находят такое молчание нежелательным, особенно если они ошибочно считают, что врач всегда должен быть директивен. В данном случае молчание действительно может быть золотым.
Однако, имейте в виду, что эти непривычные вопросы могут вызвать у ваших пациентов дискомфорт, поскольку многие из этих вопросов не имеют ответов (например: "Где доказательства в пользу этого суждения?" Их нет). Поэтому, в то время, когда вы ждете ответ пациента, обратите внимание на невербальные признаки дискомфорта, которые, вполне возможно, появятся у пациента в этот момент. Если пациент находится в состоянии очень сильного дистресса, спросите, что он чувствует и какие эмоциональные реакции переживает, также выясните, какие иррациональные мысли он при этом себе говорит. Может быть он находит свое положение ужасным потому, что не знает ответы на ваши вопросы или потому, что осознал нелогичность своего мышления; если это так, то пациент не сможет в таком состоянии сконцентрироваться на ваших вопросах. Сначала устраните эти ИС, а затем можно вернуться к основной дискуссии.

Пациенты часто в ответ на поставленные вопросы высказывают рациональные суждения. Например, когда врач пытается критически обсудить мнение "ужасно" (например: "Почему это действительно так ужасно?"), в ответ пациенты почти всегда стараются обосновать нежелательность ситуации (например: "Потому, что мне это не нравится!"). В данном примере пациент не смог отличить нежелательное от ужасного. Начинающие психотерапевты часто ошибочно считают, что ответ пациента поставил их в тупик. Вместо этого лучше подчеркнуть, что реплика пациента отражает рациональное мышление, но не является ответом на поставленный вопрос. Хорошо еще раз повторить вопрос, чтобы пациент сам пришел к выводу, что не существует фактов в пользу ИС.

П: Но это ужасно, если я не получу новое повышение. В: Хорошо, что же здесь такого ужасного?

П: Тогда я застряну на старом месте и не буду получать больше денег, к тому же я буду лишен престижа, который дает новая должность.

В: Послушайте, Джек, это свидетельства того, что будет плохо, если Вы не получите повышения. Однако, из того, что что-то плохо, вовсе не следует, что оно ужасно. Попробуйте еще раз показать мне, что это ужасно.

П: Но я много работал для этого долгое время. Я заслужил повышение.

В: Джек, вполне возможно, что Вы много работали. Но это только следующее подтверждение, что если Вы не получите повышение, это будет неудача. Почему все же это ужасно?

П: Вы имеете в виду, что все эти причины указывают, что хотя это плохо, но это не является ужасным?

В: Правильно, Джек! "Ужасно" означает, что человек просто не может жить с этим или не может быть счастливым. Это плохо на 101%. Ну и если Вы не получите повышение, будет ли это так ужасно?

Часто пациенты упорствуют в своих ответах намного дольше, чем в вышеприведенном примере. Психотерапевту желательно быть по меньшей мере не менее настойчивым, чем пациент.

Другим приемом когнитивной дискуссии является дидактика, включающая небольшие лекции, поучительные рассказы, притчи, аналогии. Как мы уже отмечали, лекции желательно делать короткими и они особенно полезны при знакомстве пациентов с новым для них материалом. Поскольку в ходе лечения пациенты узнают все больше о рационально-эмотивной теории, постепенно можно сокращать продолжительность лекций. Лекции можно сопровождать историями, притчами, аналогиями. У врача есть много возможностей проявить творческое отношение к своей работе и придумать подходящие истории с тем, чтобы убедительно показать пациенту ошибочность его суждений. Несколько примеров вы найдете в следующих разделах, где также даны наброски дискуссий по основным иррациональным концепциям.

Следующим распространенным приемом когнитивной дискуссии и важным инструментом РЭТ является преувеличение или юмор, вариант техники парадоксального намерения. Эллис (1977(3)) особенно известен умелым применением этого приема не только перед аудиторией при демонстрациях, но и во время индивидуальных сеансов. Итак, если пациент сообщает: "Это действительно ужасно, что я не сдал экзамен Г, психотерапевт может отреагировать: "Вы правы! Это не просто ужасно, но я даже не представляю, как Вы сможете пережить такое. Это худшая новость, какую я когда-либо слышал! Это так жутко, что я не могу говорить об этом. Давайте скорее поговорим о чем-нибудь другом Г Такие парадоксальные утверждения часто подчеркивают пациенту бессмысленность его ИС и иногда больше нет необходимости спорить, чтобы покончить с обсуждаемым вопросом. Нет такого правила, что лечение должно быть тяжеловесным, скучным или слишком серьезным, хотя возможно вы слышали об этом на семинарах по РЭТ. Если вы привыкли разумно использовать юмор, то как и пациенты, вы будете в большей мере получать удовольствие от проведенного вместе времени.

Четвертый прием когнитивной дискуссии - использование примера других. Часто можно рассказать

пациенту об окружающих его людях с подобными Активирующими событиями, которые не страдают от

чрезмерных эмоциональных реакций, потому что они не разделяют ИС пациента. На примерах других

можно многому научиться. Пациенты могут увидеть, что многие окружающие не истощены проблемами и

что жизнь продолжается несмотря на неблагоприятные обстоятельства. И пациенты начинают лучше

понимать это. Пример окружающих помогает пациентам более внимательно собирать информацию извне и

проверять ее на объективность. Данный прием особенно хорошо использовать когда А пациента имеют

универсальный характер, как например, обычные проблемы с детьми и подростками. Почти всем детям

приходится бороться с тем, что их укладывают спать "слишком рано", хуже того, перед сном нужно еще

почистить зубы! Психотерапевт может подчеркнуть, что большинство детей проходят через те же самые

пытки без какого-либо ущерба для себя и со значительно меньшим страхом.

Начинающие психотерапевты неохотно используют прием чужого примера у пациентов с редкими или очень тяжелыми Активирующими событиями (например, изнасилование, неизлечимая болезнь, смерть ребенка). Видимо, пациенты с такой травмой считают, что никто не может понять насколько тяжелую травму они перенесли; тем не менее таким пациентам можно дать пример адаптивного поведения. Пациент может не иметь личных знакомых с такой же травмой, тогда направление его в группу самопомощи позволяет приобрести полезный опыт. Один из авторов этой книги недавно лечил мать, ребенок которой страдал синдромом Жилиа де ля Туретта (тяжелая болезнь с разнообразными моторными тиками в сочетании с речевым тиком в виде лающего звука или длинной цепочки непристойностей). Женщина об этом заболевании ничего не знала и была в ужасе от странностей ребенка. Она была убеждена, что это единственный случай в мире. Врач направил пациентку в группу для родителей детей с таким синдромом. В группе женщина приобрела важный опыт адаптивного поведения и уже на следующем сеансе сделала заключение: "Я думаю это не так ужасно... люди могут научиться приспосабливаться к этому".

ОБРАЗНАЯ ДИСКУССИЯ

Второй подход в проведении дискуссии включает использование воображения. Например, после словесной дискуссии психотерапевт может попросить пациента представить себя в травмирующей ситуации; это позволяет врачу оценить, изменилась ли эмоциональная реакция пациента на событие. Если изменилась, можно спросить пациента, что он в этот момент говорит себе. Таким путем отрабатываются навыки более рационального мышления. Если эмоции не изменились, то не исключено существование нескольких ИС и упражнение с воображением помогает этим ИС проявиться. При необходимости можно провести новый анализ по схеме А-С-П-Д и результат вновь проверить с помощью воображения. В качестве альтернативы можно использовать техники, известные как рационально-эмотивное воображение или РЭВ.

В технике негативного воображения пациенты закрывают глаза и представляют себя в проблемной ситуации (А) и пытаются вызвать свои обычные эмоциональные нарушения (П). Подождите пока пациент сообщит, что испытывает П и затем попросите его сосредоточиться на внутреннем диалоге, который может быть связан с наблюдаемыми эмоциональными реакциями. Далее попросите пациента изменить выраженность эмоциональной реакции от сильной до умеренной (например, от тревоги до озабоченности). Убедите пациента, что он может это сделать, ну хотя бы на долю секунды. Объясните пациенту, что как только он выполнит задание, он должен сразу открыть глаза. Когда пациент открывает глаза, вы можете просто спросить: "Как Вам удалось это сделать?" Почти наверняка в ответе можно заметить когнитивный сдвиг; обычно пациенты отвечают, что они перестали драматизировать ситуацию (например, "Да я неважный любовник; но тем не менее я остаюсь классным специалистом по компьютерам!"). Вот пример техники негативного воображения:

В: А теперь закройте глаза и представьте себя в той ситуации, в которой вчера Вы испытывали такую сильную тревогу. Можете ли Вы это сделать?

Подождите пока пациент не подтвердит появление нужного образа.

П: Да.

В: Теперь постарайтесь испытать такую же тревогу, как вчера. Дайте мне знать, когда появится тревога.

Дождитесь сигнала пациента.

П: (кивает)

В: Хорошо, скажите какие мысли у Вас возникают и вызывают тревогу?

Дождитесь ответа пациента, являющегося обычно вариантом ИС.

П: Я говорю: "О боже, если я сделаю грубую ошибку, он подумает, что я сопляк"

В: Сейчас я прошу Вас заменить чувство сильной тревоги чувством обычной озабоченности. Дайте мне знать, когда тревога снизится и Вы будете испытывать просто озабоченность, которая, возможно, поможет Вам предпринять что-либо в связи с этой ситуацией.

Дождитесь сигнала пациента.

В: Хорошо, что сейчас Вы говорите себе для того, чтобы вместо тревоги испытывать озабоченность?

П: Если я сделаю ошибку, это еще не конец света. Если он будет считать меня сопляком, это очень плохо. Я совершаю ошибки, но и все ошибаются, я постараюсь работать с каждым днем лучше. Я думаю, что в течение всей жизни буду стремиться к этому!

В технике позитивного воображения пациенты представляют себя в проблемной ситуации, но рисуют свои действия и эмоции другими. Например, пациенты со страхом публичных выступлений представляют, как они выступают в классе или на собрании и чувствуют себя в этот момент сравнительно спокойными. Как только пациенты сообщают, что такая картина у них возникла, психотерапевт спрашивает: "Что Вы говорили себе, чтобы сделать то, что я просил?" Эта техника очень полезна, поскольку позволяет пациентам практиковаться в создании положительных намерений и позволяет развивать навыки адаптации. Например:

В: Хорошо Мэри, я знаю как Вы волнуетесь, когда представляете свое приближающееся выступление на конференции учительско-родительской ассоциации. Я знаю, Вы сильно беспокоитесь по этому поводу.

П: Да, я действительно боюсь.

В: Я попрошу Вас сейчас закрыть глаза и представить себя стоящей за трибуной в аудитории и выступающей перед группой родителей. Но представьте, что Вы остаетесь относительно спокойной во время выступления. Вы говорите медленно и четко, не чувствуя сильного волнения. Вы читаете свое выступление приятным громким голосом и часто смотрите в зал. Сообщите когда у Вас в голове возникнет четкая картина этого.

Сделайте паузу и дождитесь сигнала пациентки.

П: (кивает)

В: Что Вы говорите себе, чтобы представить такую картину?

П: У меня записаны тезисы выступления. Я знаю что хочу сказать. Родители собрались с тем, чтобы

выслушать мое мнение, а не оценивать меня. Я не могу ожидать, что все мои соображения им

понравятся, если кто-то не согласится, то это будет вполне естественно. Это как раз полезно для

оживленной дискуссии. Во всяком случае, они, вероятно, тоже будут волноваться в этой аудитории, так

что я уверена, они ничего не будут иметь против, если мои пальцы будут слегка дрожать. Я не буду

думать об этом; я буду сосредоточена на своем выступлении.

Този и Реардон (1976) советуют сначала вводить пациентов в состояние глубокой релаксации или гипноза и затем проводить анализ по модели АСП; например, пациент представляет, как он приближается к объекту страха (А), высказывает при этом рациональные суждения и испытывает адекватную эмоциональную реакцию (П). Такая процедура предполагает использование "образа мастерства", который хорошо подходит детям, а взрослым больше подходит "образ преодоления". В технике образа преодоления пациент представляет, например, приближение к А и говорит себе типичные иррациональные мысли, которые обычно возникают в реальной ситуации; далее пациент представляет спор с самим собой с заменой прежних суждений на рациональные мысли, такие как: "Это на самом деле неверно... будь спокоен... Я могу справиться с тревогой... положение не настолько плохо, как я сейчас об этом думаю"; и, наконец, пациент представляет смягчение эмоциональной реакции. Данный подход может быть более полезным, поскольку часто пациентам первое время никак не удается снизить тревогу при приближении в реальности к А. Поэтому они хотели бы иметь средство, помогающее совладать с тревогой. Даже самые опытные специалисты по РЭТ время от времени испытывают отрицательные эмоции, такие как тревогу или гнев, и используют свое умение для снятия стресса каждый раз, когда он возникает. Итак, РЭТ можно применять и как профилактическое, и как лечебное средство.

Когнитивные терапевты пользуются своеобразной техникой воображения, называемой "раздувание", когда

пациент не только представляет нежелательное событие, но и преувеличивает его до невероятных размеров,

до гротеска. Например, в фильме Лазаруса (см. библиографию) пациент с навязчивым ритуалом постоянной

проверки, выключен ли газ на кухне, представляет, как загорелась не только кухня и его дом, но и соседние

дома, весь город, страна и, наконец, представляет, как огнем охвачен весь земной шар! Используя такое

нелепое преувеличение пациент может начать относиться к ситуации с юмором и тогда страхи рассеиваются.

Некоторые специалисты предпочитают использовать техники воображения после релаксационного тренинга или гипноза, чтобы использовать состояние повышенной внушаемости; эти дополнительные приемы особенно полезны при лечении пациентов с выраженной тревогой. Врачам, желающим познакомиться с этими приемами, мы советуем прочитать книги "Клиническая бихевиориальная терапия" (1976) и "Реальности гипноза" (1976).

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ДИСКУССИЯ

Третьим основным видом Д является поведенческая дискуссия, при которой пациент пытается опровергнуть свои ИС путем изменения своего поведения на противоположное. Фактически рациональный психотерапевт до тех пор не будет уверен в том, что пациент принял новую жизненную философию, пока не заметит изменения поведения пациента. В ходе лечения осуществляется словесное обучение пациентов и важно убедиться в том, что слова у них не расходятся с делом.

Поведенческие дискуссии дают пациентам новый опыт, который противоречит их актуальным иррациональным суждениям; пациентам приходится действовать против собственных ИС. Например, если пациент утверждает, что не может долго ждать чего-либо, то врач предписывает ему тренироваться в умении отдалять получение удовлетворения. Если пациенты заявляют, что не смогут вынести, если их отвергнут, то врач дает им задание тренироваться и самим создавать ситуации, когда их могут отвергнуть. Если пациенты считают, что крайне нуждаются в чем-то, психотерапевт предлагает им попытаться обойтись без этого. Если они считают, что их значимость полностью зависит от успехов в делах, их просят преднамеренно делать что-либо плохо. Поскольку поведенческий спор обычно осуществляется за пределами врачебного кабинета, то он чаще всего предлагается как домашнее задание. Более подробно этот вопрос освещается в главе 12.

ЧТО ВАЖНО ЗНАТЬ О ДИСКУССИИ

Важным условием продуктивной дискуссии является способность психотерапевта рационально оценивать проблемы пациента. Как может врач рационально обсуждать то, что он сам считает ужасным? Во-первых, врачу лучше спросить себя: "Насколько это действительно ужасно?" Если врач не убежден в своей правоте, как же тогда он сможет убедить пациента? Например, одна женщина-психотерапевт обнаружила, что разделяет опасения своей пациентки быть отвергнутой в сексуальном плане после мастэктомии. Только после того, как врач по-философски отнеслась к потере груди (как она говорила: "Моя сексуальность не сконцентрирована в моем соске!"), она смогла помочь пациентке прийти к такому же выводу.

Когда вы готовы к дискуссии, убедитесь, что вы обсуждаете собственно философскую позицию пациента, а не метафору, которой выражается эта позиция. Например, если пациент по имени Роб говорит: "Я провалился - ну какая же я лошадиная задница!", то легко убедить его, что он ошибается, поскольку не обладает атрибутами конских ягодич. Однако, при таком споре философская позиция пациента останется незатронутой. Ошибочность концепции Робера заключается в том, что он считает успехи мериллом человеческой ценности.

Когда вы выявили основные ИС, помните, что потребуется немало времени на обсуждение их. Поскольку суть РЭТ заключается в изменении иррациональных суждений, дискуссия несомненно является важнейшим этапом лечения. Не бойтесь повторять Д в течение многих сеансов, если считаете это необходимым. Есть несколько способов обеспечения достаточного времени на дискуссии. Один способ - не переходить к новой проблеме до тех пор, пока не закончена работа над текущей проблемой. Вы можете начать следующий сеанс с просьбы, чтобы пациент напомнил основные моменты обсуждавшейся на предыдущем сеансе проблемы, ее А, С и П, после этого следует незамедлительно переходить к обсуждению. Второй способ отличается тем, что врач принимает к рассмотрению новые проблемы, поднимаемые пациентом, и показывает их связь с уже выявленными основными ИС и далее дискуссия идет по стандартной схеме.

Не забудьте до начала дискуссии выяснить, не создает ли пациент новую проблему по поводу уже существующей проблемы, то есть нет ли у него того, что мы раньше называли симптомным стрессом. Например, нет ли у пациента депрессивной или тревожной реакции в связи с его депрессией. Если есть, нужно решить, на каком уровне лучше начать работу с пациентом, на уровне симптома или эмоциональной реакции на этот симптом. Почти во всех случаях мы советуем начать со второго, поскольку до тех пор, пока у пациентов сохраняется сильная эмоциональная реакция на заболевание, они не смогут продуктивно работать над самими симптомами. Эта вторичная проблема особенно заметна у пациентов с тенденцией к перфекционизму (например, "У меня не должно быть таких проблем!") или с низкой фрустрационной толерантностью (например, "Я не могу вынести эту тревогу!"). Рекомендации по разрешению таких вторичных проблем будут даны ниже.

Если есть возможность, всегда сначала лучше поработать с мотивацией пациента, прежде чем переходить к

дискуссии. Подчеркните пациенту все преимущества изменения его ошибочных суждений, особенно что

касается возможности уменьшения эмоционального дистресса. Успешность такой тактики зависит, конечно, от желания пациента изменить П. Например, психотерапевт может сначала спросить у пациента с повышенной раздражительностью: "Видите ли Вы какие-либо преимущества в том, чтобы быть более спокойным?" Когда преимущества перечислены, врач продолжает: "Есть ли какие-либо способы почувствовать себя спокойнее?" Если у пациента сформирована мотивация на изменение, он становится более восприимчивым к когнитивным и поведенческим лечебным приемам.

Среди приемов дискуссии, направленных на изменение провоцирующих дистресс ИС, выделим те, которые демонстрируют пациенту отсутствие какой-либо пользы от состояния дистресса. Если в качестве примера взять состояние гневливости, психотерапевт может сказать следующее:

"Сначала давайте посмотрим, работает Ваш гнев на Вас или против Вас. Что делает гнев? Готовит организм к схватке! Но также вызывает гормональный сдвиг, усиливает состояние напряжения и т.д.; все это только вредит организму. С другой стороны, состояние озабоченности или досады способствует вашей адекватной реакции: "Как я могу это исправить? Что я могу сделать для изменения ситуации? Может быть, если я объясню ему... ?" Вы видите, мы сейчас обсуждаем подходы к решению проблем. Если один подход не срабатывает, Вы возвращаетесь назад и пробуете другой. Вы заметили, Вы можете заниматься решением проблем, если у Вас нет состояния гнева."

Если пациент не уверен, хочет ли он изменить свои эмоциональные реакции и поведение, попробуйте выявить у него мотивацию на сохранение патологии. Лазарус (1972) использует удачный прием завершения предложения для выявления суждений, способствующих сохранению проблемы: "Медлительность хороша тем, что ..." Повторяйте эту фразу до тех пор, пока пациент будет в состоянии заканчивать ее. Если пациент не может ничего сказать с самого начала, убедите его сказать что угодно, сказать первое, что приходит в голову. Подчеркните, что пациент не обязан верить в то, что скажет и что его высказывание может не относиться к нему лично. Чтобы побудить пациента к этой работе, врач может дать пример завершения незаконченного предложения. Следует внимательно слушать высказывания пациента, поскольку таким образом можно обнаружить не только те иррациональные суждения, которые поддерживают состояние дистресса, но и новые ИС.

Дискуссия - это тяжелая работа, поскольку вы пытаетесь изменить важные аспекты жизненной философии пациента. Для достижения поставленной цели психотерапевту часто приходится проявлять большую настойчивость. Чтобы быть убедительным, врачу важно самому верить в то, что он говорит и демонстрировать настойчиво и с энтузиазмом веру в свое кредо - рациональность.

Настойчивость, однако, не означает непрерывное назойливое внушение; иногда дискуссия бывает мягкой и малозаметной для пациента, она может происходить даже в те моменты беседы, когда врач поддерживает пациента или отражает его мысли, и чувства. На ранних этапах лечения, когда вы устанавливаете контакт с пациентом, вероятно у вас будет желание поддерживать пациента, но в то же самое время нельзя подкреплять иррациональные суждения. Например, если пациент говорит: "Мне необходимо X", вы отразите это высказывание так: "Я знаю, что Вы очень хотите X." Таким способом врач смоделировал более рациональное утверждение, показывая свое понимание потребностей пациента.

Практикующие когнитивные психотерапевты часто полагают, что генерализация достигаемого лечебного

эффекта будет происходить автоматически. Хотя мы считаем генерализацию одним из достоинств

когнитивной терапии, мы не думаем, что она происходит без приложения усилий. Генерализацию лучше всего преднамеренно включать в терапевтическую программу, как это делается в бихевиориальной терапии.

Другими словами, полезно обсуждать одно и то же иррациональное суждение в различных ситуациях, даже если иррациональные суждения, дискуссия и возникающие в результате ее рациональные суждения будут одинаковыми в каждом примере.

Проблему генерализации можно рассмотреть на примере лечения мужчины с половыми расстройствами.

Сначала составляется список всех ситуаций, вызывающих у него страх неудачи в половой близости. Далее он выполняет упражнения секс-терапии, например мастурбацию или концентрацию на приятных

ощущениях, выполняя эти задания пациент может успешно преодолеть иррациональные суждения о возможном провале. Однако когда наступает время самого ответственного задания и ему предписывается возобновить интимные отношения со своей партнершей, пациент может полностью отказаться от рациональных суждений и вернуться к катастрофизации ситуации. И в этом случае он будет говорить себе: "Это слишком важно; если у меня не получится, это будет просто невыносимо». Итак, хотя вы помогли пациенту преодолеть ИС в более легких ситуациях, вы не можете быть уверены, что достигнутый эффект будет распространяться на последующие шаги. Не забудьте подробно расспрашивать пациента о его мыслях на каждом этапе лечения.

Кроме того, нет гарантии, что если пациенты мыслят рационально по поводу одной проблемной ситуации, то они будут так же рациональны и по отношению к другим ситуациям. Например, у пациентки Роуз несколько проблем: социальные фобии, чувство вины в сексе, гнев по отношению к начальнику и тд. Обычно разумно работать над каждой проблемой в отдельности. Если психотерапевт сначала выбрал для лечения страхи и помог пациентке избавиться от всех иррациональных суждений в этой области, тем не менее нет уверенности, что пациентка автоматически начнет думать рационально по поводу чувства вины в сексе и гнева по отношению к начальнику. Эти проблемы, вероятно, потребуют отдельной проработки.

Один из способов усиления эффекта генерализации заключается в том, чтобы подвести пациента к убеждению, что он сам отвечает за свои успехи. Ряд исследований в литературе по бихевиориальной терапии указывают, что важным когнитивным фактором генерализации эффекта является внутренняя атрибуция успеха, а не внешняя. Если пациент считает, что его успехи зависят от его внутренних качеств, то более вероятно, что он сможет справиться с возникающими новыми проблемами и будет использовать при их решении все то, чему научился в ходе терапии.

Последний совет, перед тем как мы перейдем к описанию общей схемы дискуссии, состоит в том, чтобы использовать как можно более разнообразные приемы дискуссий с каждым пациентом. Чем больше техник вы применяете (когнитивные, образные, поведенческие), тем эффективнее дискуссия и тем более стойкие результаты вы получаете.

СХЕМА ДИСКУССИИ

Начинающим психотерапевтам дискуссия может показаться слишком трудным занятием; изучение непростых приемов дискуссии также может показаться очень серьезным делом. Однако на самом деле, если вы понаблюдаете за работой специалистов по РЭТ, то обнаружите определенную последовательность использования типичных приемов дискуссии. Подобная схема дискуссии ранее в литературе по РЭТ не публиковалась и начинающим психотерапевтам будет важно использовать ее и адаптировать к своей ситуации. Мы приведем основные этапы дискуссии, однако заметим, что ни сами этапы, ни их последовательность не регламентированы жестко. Поэтому предлагаемый план Д не следует рассматривать догматически.

Итак, когда вы выявили А, С и П:

1. Подчеркните пациенту, что он будет расстраиваться до тех пор, пока не откажется от своих иррациональных суждений. Этот шаг направлен на формирование у пациента мотивации на изменение.
2. Выработайте рациональное суждение и спросите пациента, как бы он себя чувствовал, если бы придерживался этого мнения. На этом этапе вы не только моделируете более разумные и полезные суждения, но ваш вопрос о возможных результатах укрепляет также мотивацию на изменение.
3. Если пациент признает, что чувствовал бы себя лучше, используйте эту ситуацию для убеждения пациента отказаться от ИС.
4. Попросите пациента привести доказательства правоты своих ИС. На этой стадии можно применять все описанные выше приемы дискуссии, хотя часто вы просто повторяете свою просьбу привести факты и доказательства, пока пациент не убедится, что их не существует.
5. Когда пациент убедится, что доказательств нет, поинтересуйтесь его самочувствием. Это делается с тем, чтобы заострить внимание пациента на изменении аффекта, способствующем в свою очередь изменению мыслей.
6. Если пациент чувствует себя лучше, выясните с помощью вопросов, понимает ли он, почему у него произошли изменения П (улучшение эмоционального состояния). Это очень важный шаг; иногда пациенты будут удивлять вас, отвечая, что чувствуют себя лучше потому, что они "выбросили это из головы" или потому, что "вы понимаете их". Не оставляйте без внимания такие ошибочные интерпретации.

7. Наконец, убедитесь, что пациент действительно изменил свои суждения. Но, как настоящий ученый, исследующий различные гипотезы обратите внимание, что факторами когнитивных изменений могут быть и переход от ИС к РС, и использование отвлечения, и изменение восприятия А.

Фрагменты записи сеанса Эллиса помогут лучше понять все названные этапы. Перед каждым фрагментом мы дадим порядковый номер этапа, на котором психотерапевт ведет дискуссию или дадим необходимые пояснения. Данный сеанс записывался во время публичной демонстрации работы Эллиса с одним из участников учебной группы; не удивительно, что первой проблемой, с которой они решили поработать, была излишняя нервозность в ситуациях, когда привлекаешь к себе внимание окружающих.

Работа над "С"

В: Как Вы думаете, что Вы себе говорите, чтобы заставить себя нервничать?

П: Я дурак, что согласился выйти сюда!

В: Вы дурак, потому что...

П: Я мог бы обнародовать свои чувствительные зоны своей натуры и я чувствовал бы себя неловко.

Выявление наиболее важных ИС

В: А Вы должны чувствовать себя комфортно? Вы это хотели сказать? Или Вам совсем не следует раскрывать себя?

П: Совсем не следует.

В: Почему? Что бы произошло, если бы Вы раскрылись?

П: Всплеск эмоций - я был бы очень смущен.

В: То есть Вы вели бы себя глупо перед этими людьми, правильно? П: Да.

В: Хорошо, если бы так и случилось, почему это так расстроило бы Вас? За счет чего усилилась бы тревога?

П: Я не понял. Не могли бы Вы задать вопрос иначе?

Затруднение пациента вероятно указывает на уровень тревоги

В: Хорошо. Вы говорите: "Я вел бы себя глупо перед этой аудиторией". Но Вы никогда бы не стали испытывать тревогу только из-за этой фразы. Это просто наблюдение или предположение. Но как Вы себя оцениваете, если Вы действительно поступаете глупо?

П: Я не понимаю.

Этапы 2 и 3

В: Хорошо, просто одно это утверждение не вызывает эмоций. Что-то происходит вслед за этим. Вы могли бы сказать себе: "Я могу поступить глупо, но разве это не здорово! Я могу вести себя глупо и это будет отличная тренировка такого поведения!" И тогда Вы бы не тревожились, не так ли?

П: Да.

В: Но Вы говорите себе: "Я могу поступить глупо, но это...ЧТО?" Вы не говорите: "Это здорово!"

П: Я говорю: "Я не должен поступать так, как мне не свойственно". В: "А если я поступлю так, то...что?"

П: Я бы боялся так себя вести.

Оценочный компонент С остается все еще не выясненным

В: "И если бы я боялся себя так вести, то что?" Видите ли, Вы все еще не даете мне оценку. "Мне бы это понравилось? Не понравилось? Был бы этим воодушевлен?" Какова Ваша оценка своего глупого поведения?

П: Это заставило бы меня чувствовать себя неуверенным.

Врач уточняет, что "неуверенный" - это не эмоция, а самооценочное суждение

В: Итак, "Я был бы неуверенным человеком, если бы вел себя здесь глупо?"¹ Или "Они бы посчитали меня неуверенным человеком?"

П: Да.

Допущение худшей альтернативы

В: Хорошо, допустим они так считают! Допустим они говорят: "О, черт, он неуверенный". Но Вы не знаете, что они сказали бы. Они могли бы сказать также: "Смелый парень, у него хватило храбрости подняться на сцену, а я бы испугался до смерти!" Но давайте предположим, что они говорят, что Вы неуверенный человек. Что в этом ужасного?

П: Это подтвердило бы то, что я думаю.

В: "Что я неуверенный." Хорошо, как Вы оцените свою так называемую "неуверенность"?

П: Отрицательно.

В: "Мне не нравится эта моя черта?" Но тогда Вы чувствовали бы только некоторую озабоченность. Вы бы не чувствовали себя таким смущенным или пристыженным. Вы бы просто сказали: "Да, у меня есть отрицательная черта, называемая неуверенностью." Вы согласны, что говорите себе что-то более сильное, что заставляет Вас тревожиться?

П: Возможно это опасение быть отвергнутым?

В: Да. "Потому что, если меня отвергают...?"

П: В этом случае я не такой, как они.

В: "И если я не такой, как они?" К какому выводу Вы тогда приходите?

П: Я был бы одинок.

Эллис ставит П на место А чтобы показать связь А-П

В: "Я был бы одинок." Что Вы испытываете при этих мыслях?

П: Депрессию.

Эллис суммирует комплекс А-С

В: Хорошо. Если я Вас правильно понял, Вы говорите себе: "Если бы я вел себя здесь глупо, это доказывало бы, что я не такой, как окружающие. Присутствующие здесь узнали бы, что я отличаюсь от них. Они бы стали избегать меня, а я бы это не вынес, это было бы ужасно". Верно?

П: Да.

Этап 4

В: Хорошо, даже если бы это произошло, а у нас такой уверенности нет, почему это было бы ужасно, если бы они считали, что Вас нужно избегать и что Вы одиноки? Почему это было бы ужасно?

П: Основание для этого - мой прошлый опыт. Меня сторонились из-за того, что я не такой, как все.

В: Но почему это было ужасно? Допустим это так и было. Вас сторонились и Вы были одиноки; почему это было ужасно?

П: Мне нужен кто-то, с кем я могу поделиться. В: Докажите это! Докажите, что Вам кто-то нужен. П: (Пауза) Доказательств нет.

Этап 1

В: Но если несмотря на отсутствие доказательств Вы верите в это, как Вы будете себя чувствовать?

П: Скверно.

Этап 5

В: Правильно! Вы определили эти вещи как ужасные, но если бы Вы отказались от такой оценки, Вы бы чувствовали себя нормально. Как Вы себя чувствуете находясь здесь на сцене?

П: Слегка глуповатым.

Этап 6

В: Вы осознаете, почему чувствуете себя слегка глуповатым? Вы знаете почему?

П: У меня есть другая мысль, что я мало чего заслуживаю.

Этап?

В: Хорошо, мы неплохо поработали. При этом Вам удалось каким-то образом отвлечься от аудитории. Вместо того, чтобы сфокусироваться на аудитории, Вы сосредоточились на нашем разговоре. А сейчас какие еще проблемы Вы бы хотели обсудить?

Глава 7

ДИСКУССИЯ: ЧАСТНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ОБСУЖДЕНИЕ ОСНОВНЫХ ИРРАЦИОНАЛЬНЫХ КОНЦЕПЦИЙ

Читатель вспомнит, что в главе 5 мы представили тринадцать вариантов иррациональных суждений. Мы отметили, что этот список не охватывает все возможные ИС и у пациента могут быть свои особые иррациональные суждения, не входящие в данный список. Первоначально мы хотели построить эту главу на основе этого списка ИС, как это делает Эллис в своих книгах, но наш опыт изучения и преподавания РЭТ начинающим психотерапевтам свидетельствует о недостатках такой формы изложения материала. Неопытные врачи сообщают о чувстве растерянности от необходимости запомнить все ИС и способы их критического обсуждения. Они считают, что это задание превышает возможности их памяти, особенно когда идет напряженная работа с пациентом.

В поисках альтернативного способа изложения материала посвященного дискуссии, мы пришли к выводу, что лучше научить врачей обсуждать ключевые элементы иррациональной мысли, чем каждое конкретное ИС. Когда мы спросили себя, в чем заключается иррациональность каждого ИС из нашего списка, мы обнаружили четыре ключевых элемента этих ИС:

1. Выражение "должен", отражающее мнение, что существует несколько универсальных ситуаций, когда человек или мир "должен".
2. Выражение "Ужасно", отражающее мнение, что существуют катастрофические и невыносимые ситуации.
3. Выражение "нуждаться", отражающее мнение, что человек должен иметь что-либо для того, чтобы жить или быть счастливым.
4. Оценка "человеческой ценности", отражающая мнение, что людям можно давать рейтинг.

Например, рассмотрим иррациональное суждение 1, отражающее крайнюю необходимость любви; обратите внимание, что это ИС содержит все четыре ключевых элемента:

- а. Окружающие должны меня любить.
- б. Это ужасно, когда меня не любят.

в. Мне нужна любовь и страсть, чтобы существовать или быть счастливым.

г. Я никчемный человек, если меня не любят.

А сейчас посмотрите на ключевые элементы иррационального суждения 2, провоцирующего реакцию гнева:

- а. Х не должен себя так вести; у него нет на это права.
- б. Это ужасно, что Х так себя ведет.
- в. Мне нужны люди, делающие то, что я хочу.

г. Х - убудок, потому что не поступает как я хочу.

Наконец, те же четыре элемента входят в иррациональное суждение 5, отражающее оценку достижений:

а. Я не должен был делать это так плохо.

б. Это ужасно, что я провалился.

в. Мне необходимо иметь успех.

г. Я буду никчемным человеком, буду ослом, если провалюсь.

Давайте рассмотрим каждый ключевой элемент иррациональности по очереди и обсудим способы их преодоления.

ВЫРАЖЕНИЯ ДОЛЖЕНСТВОВАНИЯ

Обратите внимание на следующие слова в речи пациентов:

обязан

должен

необходимо

придется

вынужден

Эти слова можно услышать в предложениях о себе (Я должен...), о других (Тебе придется ... или он

должен...) или об окружающем мире (Это должно...)). Эти выражения часто употребляются при

описании прошлого и обычно связаны с депрессией, гневом, чувством вины (например, "Он не

должен был так поступать"), но также могут относиться к настоящему или будущему времени и тогда

они отражают состояние тревоги (например, "Я не должен допустить ошибку").

Выражения долженствования изначально алогичны и выражают скорее философию требования, чем предпочтения. Иррациональность заключается в настойчивом требовании пациентов, чтобы внешние события или поведение окружающих людей были другими. Пациенты расстраивают себя заблуждением, что "так как я хочу Х, это должно быть так", или как выразился Эллис - "Моя воля должна быть выполнена!". То есть, как будто пациент считает, что он на самом деле может управлять вселенной и он готов приложить для этого свои усилия. Эти требования вызывают то, что Карен Хорни (1945) назвала "тиранией долженствования".

Многие люди, возможно включая наших читателей, считают, что в поведении человека на самом деле существуют свои "должен". Во всяком случае, как насчет десяти заповедей, не говоря уже о законах рабовладения царя Вавилонии Хаммурапи? РЭТ не оспаривает желательность соблюдения норм поведения, но подчеркивает, что эти законы придуманы людьми; из того, что желательно придерживаться законов поведения, логически не следует, что мы обязаны их соблюдать. Несомненно все мы иногда нарушаем эти законы ("Пусть тот, кто безгрешен, первый бросит камень"). Если бы эти правила поведения были бы частью "человеческой природы", их написали бы не философы-моралисты, а этологи - специалисты в области поведения человека. Люди автоматически следовали бы моральным принципам, поскольку к этому обязывала бы их внутренняя сущность и тогда высоконравственное поведение не считалось бы "благородным". Большинство религий, выступая за соблюдение нравственных принципов, признают право личности на свой собственный выбор. Рационально-эмотивная теория проводит различие между желательностью конкретного поведения и правом выбора; человек может решить не делать то, что желательно во всех отношениях. Рационально мыслящий человек даже десять заповедей оценивает как относительные требования, а не абсолютные. Это зависит от вас, если вы хотите обрести счастье на небесах или чтобы легче жилось на земле, тогда вы должны почитать отца и мать.

Вспомните наше разграничение между абсолютистскими и относительными "должен" (стр. 126). Пациенты путают их в своих житейских заботах (например, "Я должен пойти на работу", "Я должен принять лекарство" или "Я должен позвонить матери"). Можно объяснить пациентам, что люди редко делают что-либо, если не приняли соответствующее решение. Такие слова, как "должен", "обязан", "необходимо" создают иллюзию, что нас в какой-то степени заставляют сделать то, что в действительности мы решили сами сделать. Используя эти слова, мы ставим себя в позицию жертвы и позволяем проявлять жалость к себе. Вместо этого мы могли бы подобрать более точные фразы, такие как "Я хочу..." или "Я решил...". Например, если пациент говорит: "Я должен ходить на работу", врач может возразить:

"Нет, Вы не должны. Вы могли бы отправиться на рыбалку или на стадион, могли бы остаться в постели, если бы Вы действительно захотели. Если Вы ходите на работу, то делаете это потому, что Вы сами выбрали это, независимо от того, как Вы к этому относитесь. Возможно, Вы просто не хотите расплачиваться за последствия прогула. Но у Вас почти всегда есть выбор. Даже когда кто-то направляет на Вас пистолет, у Вас всегда есть выбор умереть!"

Когда вы слышите иррациональные "должен", вызывайте пациента на дискуссию такими вопросами, как:

Почему так и хочется сказать себе "должен"?

Какой закон гласит, что это "должно" быть?

Объясните мне, почему он "должен"?

Каким образом Ваше желание доказывает, что оно "должно" быть исполнено?

Я ДОЛЖЕН

Высказывание "Я должен" обычно предполагает требование к себе быть совершенным; пациенты с такими требованиями бывают очень нетерпимы к своим человеческим слабостям и ошибкам. В этих случаях разумно начать с объяснения, что человеку свойственно ошибаться. Говоря техническим языком, мы не делаем ошибки, мы просто делаем выбор. И только получая необходимую ретроспективную информацию, мы можем оценить выбор как ошибку, если последствия оказались не очень хорошими. Хотя можно стремиться к лучшему, совершенства еще никто не достигал. В конце концов, не случайно же в карандаш встраивают ластик!

Когда пациенты очень расстраиваются при неудачах в каких-то начинаниях, врач может возразить следующим образом:

В: Вы не должны были так неудачно действовать? Хорошо, но почему Вы обязаны были добиться успеха?

Было бы хорошо добиться успеха; это мы могли бы доказать. Но нет никаких доказательств, что Вы обязаны добиться успеха. Конечно, это было бы предпочтительнее; но почему Вы всегда должны действовать безупречно? Во вселенной нет такого закона, который бы утверждал, что Вы должны."

Мы очень рекомендуем психотерапевтам во время дискуссии использовать прием контраста, как в следующем диалоге:

В: Разве это не естественно ошибаться или делать неудачный выбор? Черт возьми, я сотни раз принимал ошибочные решения! А теперь скажите, когда Вы ошибаетесь, не называете ли Вы себя ослом?

П: Называю.

В: Если бы я оказался на вашем месте, был бы я ослом?

П: Нет!

В: Тогда получается, что существует двойной стандарт в этом мире? Кто придумал эти два набора правил: одни для себя, другие для окружающих?

П: Думаю, что я.

В: Если Вы придерживаетесь одних правил, можете ли Вы сделать и другие правила справедливыми по отношению к себе, чтобы Вы могли жить по тем же правилам, что и все окружающие?

В подобных случаях важно объяснить пациентам, что они являются по выражению Эллиса "глубокими долженистами-онанистами". Наша культура предлагает нам определенные стандарты поведения; однако "долженизм" превращает эти стандарты в ригидное ДОЛЖЕН. А теперь познакомимся со следующим отрывком лечебного сеанса:

В: Это явное требование к себе. Почему Вы должны быть любимцем? Почему Вы должны пользоваться успехом у женщин?

П: Потому, что я так хочу!

В: Я должен иметь все, что захочу? Видите, Вы берете положительное качество и превращаете его в сумасшедшее требование. "Потому, что от этого мне может стать лучше, я должен это делать." А разве было бы не заманчиво и чувствовать себя лучше, и не забивать себе голову такими несуразными мыслями?

Последний вопрос можно адресовать и молодой женщине, запутавшейся во внутреннем конфликте в связи с внебрачной связью:

В: Что Вы говорите себе, чтобы чувствовать вину?

П: Я делаю что-то аморальное.

В: Понятно. Вы делаете что-то неправильно согласно Вашим собственным стандартам и испытываете чувство вины. Почему Вы должны чувствовать вину, когда ошибаетесь? Многие люди ошибаются и не испытывают вины.

П: Потому, что у меня такие хорошие отношения с мужем. Я не должна это делать.

В: Не так: "Я лучше не буду это делать". В мире нет абсолютных "должен". В Вашей ситуации есть три варианта выбора: Вы можете изменить ценности, изменить поведение или изменить отношение к ситуации. Эти три варианта не являются взаимоисключающими. Другими словами, у Вас нет оснований для такого сильного чувства вины.

Важно подчеркнуть пациентам, что у них есть веские причины отказаться от философии "долженизма", которая ведет не только к эмоциональным расстройствам, но и снижает эффективность деятельности в

целом. Давайте посмотрим как три разных врача работают с этой проблемой:

В1: В природе не существует этого ДОЛЖЕН. Представьте, Вы говорите себе: "Я должен быть рациональным! Я должен быть рациональным! Я должен быть рациональным!" Это было бы иррационально и как бы Вы себя чувствовали в такой ситуации?

В2: Вы говорите, что в чем-то ошиблись и Вас следует за это осудить. Хорошо, мы еще вернемся к первой части этого Вашего утверждения, но в данный момент предположим, что Вы действительно в чем-то ошиблись. Почему же Вы должны из-за этого осуждать и принижать себя? Разве чувство вины помогает изменить ситуацию? Это чувство заставляет Вас только искать оправдания и защищаться, оно никак не помогает решать проблему.

В3: Если Вы плохо водите машину и говорите себе: "Какой я придурок!" Как это может помочь Вам лучше управлять машиной?

Другим аспектом перфекционизма является требование пациентов находить идеальные решения своих проблем. Пациенты часто обращаются к врачу когда испытывают затруднения в принятии решений, выражаясь психологическим языком, когда возникают конфликты избегания принятия решений и конфликты выбора подхода. Пациенты надеются найти идеальное бесконфликтное решение, когда не удастся найти такое решение, они обращаются к психотерапевту. В такой ситуации врачу не стоит предлагать пациенту варианты решений, поскольку это может укрепить мнение пациента, что люди могут находить идеальные решения. Кроме того, в этом случае пациент не овладеет важными навыками: (1) техникой принятия решений (такой как взвешивание аргументов за и против и "гедонистское исчисление"); (2) пониманием причин затруднений в принятии решений (например: "Я мог бы принять неверное решение и это было бы ужасно"); (3) умением принимать неидеальные решения.

С проблемой выбора решения часто сталкиваются пациенты, жалующиеся на крайне неудачную личную жизнь и ощущающие себя в ловушке. Например, женщина сообщала, что она несчастна в браке и хотела бы развестись с мужем, но этому препятствует, по ее мнению, несколько обстоятельств:

Она может позднее обнаружить, что сожалеет о разводе.

Она может обидеть мужа.

Она сама это сделать не может из-за больших эмоциональных переживаний.

Она, возможно, никогда не найдет другого мужчину.

Кроме того, она считала грехом расторжение брака ("Разве в брачной клятве не спрашивают: "Расстанетесь ли Вы раньше своей смерти?""), т.е. это также был конфликт ценностей.

Существует несколько вариантов дискуссии с женщиной о ее обязательствах. Во-первых, врач мог бы убедить ее, что она не может нести полную ответственность за эмоциональное состояние других, так как если она думает иначе, то тогда у нее есть только один выход из положения - посвятить свою жизнь мужу, чтобы обеспечить ему полное счастье. Обсуждая моральные аспекты ее поведения врач может подчеркнуть, что такие понятия, как "правильно" и "ошибочно" не являются полезным индикатором поведения; что действительно важно - это результат. Здесь уместно вспомнить притчу Эллиса о двух дзен-буддистах:

Два дзен-буддиста вышли на прогулку. Один из них был старым священником в возрасте около девяноста лет, второй был молодым послушником. Они подошли к полноводному ручью с затопленными берегами. У ручья стояла красивая возбуждающая воображение девушка. Она обратилась к священнику: "Послушайте отцы, ручей вышел из берегов. Не могли бы вы помочь мне перебраться на другую сторону?" Молодой послушник в ужасе убежал, так как ему пришлось бы взять ее на руки и нести. Но старый священник спокойно взял ее на руки, перенес через ручей и опустил девушку на землю. Затем священники продолжили прогулку. Молодой послушник долго не мог успокоиться и в конце концов сказал: "Отец! Мы давали обет воздержания. Нам не разрешается прикасаться к молодым красивым девушкам. Как могли Вы взять на руки такую очаровательную девушку и разрешить ей обнять Вас за шею, как могли Вы нести ее через ручей ощущая ее близкое дыхание?" И тогда пожилой священник ответил: "Сын мой, ты все еще несешь ее!"

Итак, можно как старый священник согрешить и не испытывать чувства вины (или как молодой священник не согрешить и так при этом мучить себя). Хочет ли пациентка придерживаться своих принципов и быть несчастной или же она хочет быть счастливой, даже если для этого нужно изменить свою систему ценностей. Можно воспользоваться также техникой дистанцирования. Пациентку спрашивают: "Что бы Вы посоветовали своей лучшей подруге, если бы она оказалась точно в такой же ситуации? Посоветовали бы Вы ей остаться в семье и сделать себя несчастной?"

В конечном итоге, однако, пациентке лучше всего переосмыслить и изменить свое требование, чтобы ее решение было идеальным - абсолютно правильным и без всяких отрицательных последствий. Совершенно очевидно, что в реальной жизни редкие решения будут соответствовать этим условиям. У пациентки есть три возможных варианта поведения:

1. Решить остаться в семье и быть несчастной.
2. Решить остаться в семье и поработать над тем, чтобы не быть несчастной.
3. Решить развестись.

Никакой выбор гарантий не дает; даже если бы у врача было особое удостоверение с золотым тиснением "Гарантия счастья", оно бы не помогло. Какое бы решение пациентка ни приняла, оно предполагает некоторый риск и пациентка может либо стараться избегать риска, либо с вызовом пойти на риск. Итак, подчеркнем еще раз, что идеальных решений не бывает.

ОКРУЖАЮЩИЕ ДОЛЖНЫ

Второе направление иррациональных требований пациентов касается требования идеального поведения от окружающих. В дебатах на эту тему у врача есть три важных аргумента: (1) окружающие нас люди имеют свободу выбора и у нас нет возможности управлять ими; (2) попытки управлять поведением окружающих часто имеют для нас нежелательные последствия; (3) если настаивать, чтобы окружающие поступали так, как нам бы хотелось, то это отрицательно сказывается на нашем эмоциональном состоянии.

Пациенты обычно в этой дискуссии задают два вопроса: "Как могут они себя так вести?" и "Почему они так себя ведут?" Ответ на первый вопрос очень прост и красноречив. Как могут они себя так вести? Очень легко! Почему они так себя ведут? Этот вопрос ведет к интересному спору о том, почему люди грешат и совершают ошибки. Возможно вследствие незнания, заблуждений, отсутствия способностей, вследствие психического заболевания или просто потому, что плохое поведение позволяет рассчитаться с кем-либо. Мы можем обозначить эти причины как глупость, незнание, болезнь, преднамеренность. Понимание этих причин важно для выработки терпимости пациентов к поведению окружающих.

Когда пациент требует от кого-то изменения своего поведения, врач может возразить:

В: Где доказательства, что Х не должен так поступать? Доказательств нет. Он поступает как раз именно так. Глупо настаивать, что люди не должны что-то делать. Они решают сами, делать что-то или нет.

Намного полезнее разобраться, почему на самом деле Х должен поступать так, как он поступает:

В: Какой смысл злиться, когда кто-то поступает так, как свойственно поступать людям. Мы не удивляемся, когда собака ведет себя как собака. Мы не удивляемся, когда кошка ведет себя как кошка. Почему Вы удивляетесь, когда Ваш муж ведет себя, как ваш муж? У него своя история жизни. Это не означает, что он не может измениться. Но почему мы должны удивляться его обычному поведению, особенно, когда он не заинтересован в изменении. Мы можем попросить другого человека изменить свое поведение, но требовать это глупо.

Ниже мы даем пример ведения Эллисом дискуссии на эту тему:

П: Он не должен так поступать!

В: Почему Вы так считаете?

П: Но он был не прав!

В: Давайте предположим, он был не прав. Почему тем не менее говорить Вам об этом некорректно?

П: Я не знаю.

В: Потому, что Вы не управляете всей вселенной. У него есть право ошибаться; у каждого человека есть такое право!

Как отмечалось выше, не существует абсолютной правоты и неправоты, просто ситуация диктует выбор. Кроме того, РЭТ утверждает, что независимо от того, прав человек или не прав, у него есть право выбора; человек даже может осознанно выбрать ошибочное действие.

Врач может также подчеркнуть, что упорные попытки контролировать поведение других создают дополнительные трудности:

В: Что это значит управлять людьми? Обычно мы используем для этого отрицательные средства, такие как наказание, плач, пассивное сопротивление, вспышки гнева и т.д. Но независимо от применяемого способа мы точно знаем о человеческом поведении следующее: любой человек, находящийся во власти другого, будет иметь склонность ненавидеть этого другого человека. Итак, чем больше Вы пытаетесь заставить мужа любить Вас, тем менее вероятно, что Вы добьетесь от него того, что хотите.

В действительности человек никем не может управлять наверняка, кроме самого себя:

П: Но она так несправедлива!

В: Хорошо, она несправедлива. В этом Вы правы. Но где это написано, что она обязана быть справедливой? Вы говорите: "Она должна... она должна... она должна." Разрешите Вас спросить, в какой степени Вы управляете ею? И в чем польза от того, что Вы сидите здесь и заживо себя съедаете? Давайте согласимся, это несправедливо. Вы можете управлять только одним человеком. Что Вы намерены в связи с этим делать?

И, наконец, психотерапевт отмечает, что до тех пор, пока пациент придерживается философии требования, у него будут сохраняться эмоциональные расстройства.

В: У Вас есть право попросить кого-либо изменить свое поведение. Но Вы можете не добиться того, что

хотите. Ваша задача - перестать оценивать себя в зависимости от успешности своих попыток управлять поведением окружающих.

МИР ДОЛЖЕН

Пациенты также требуют контроля над неодушевленными предметами, социальными явлениями и над самой судьбой. Как часто мы слышим от пациентов причитания: "Это не должно случиться со мной - это

несправедливо». Дискуссию с пациентом начинают с объяснения, что мир не обязан быть таким, каким хочет его видеть пациент. В действительности мир и вселенная имеют собственные сложные, часто неизвестные нам, законы и не нуждаются в каких-то изменениях. Для разъяснения этого положения часто применяется следующая аналогия:

В: Давайте предположим, что я сижу в своем рабочем кабинете в жаркий солнечный летний день и фантазирую, как здорово было бы сейчас покататься на лыжах вместо того, чтобы работать. Если бы я подошел к окну и стал требовать, размахивая руками, чтобы на улице был холод со снегом, Вы бы подумали, что я немного не в себе. Вы, должно быть, сказали бы мне, что глупо сейчас требовать снег и холод. И Вы были бы правы; глупо требовать, чтобы мир был таким, как хочу я. Совершенно очевидно, что физические, астрономические и метеорологические факторы определяют сейчас жаркую погоду и вспышка гнева не может ничего изменить. Не напоминает ли это Вам ваше отношение к своей проблеме? Разве Вы тоже не предъявляете такие же требования?

Эту аналогию можно применять в спорах по поводу любых требований пациента, например:

В: Если глупо требовать полного контроля над погодой, то в такой же степени глупо требовать полного контроля над другими людьми и даже над самим собой.

Если пациент требует такого контроля над собой, он может возразить:

П: Я понял что Вы имеете в виду в отношении внешних событий, но я должен быть способным управлять собой.

В: Хорошо, но Вы умеете управлять собой в определенной степени. Ваша ошибка заключается в том, что Вы настаиваете на полном контроле, хотя Вы, как любой человек, подвержены ошибкам. Это то же самое, как и попытки управлять погодой, Вы согласны?

ДРАМАТИЗАЦИЯ

Обсуждение этой иррациональной концепции строится на критике понятия 'Ужасно', означающего, что событие является плохим на все 100%, если не больше. Так как люди довольно свободно употребляют такие слова, как 'Ужасно', 'жутко', 'страшно', Элис сначала согласовывает с пациентом определение самого термина; слово 'ужасно' имеет ряд значений: плохо на 100%; худшее, что только могло с вами случиться; эквивалент состояния, когда человека медленно мучают до смерти. В сущности этот термин предполагает 101% плохого, сильное преувеличение плохого. Правильнее было бы поэтому сказать, что не бывает ужасных событий, даже если это зубная боль.

Когда психотерапевт выясняет, является ли описываемое пациентом событие действительно очень плохим, многие пациенты защищают свои взгляды следующим образом:

В: Хорошо, допустим Вас отвергли и Вы остались в одиночестве. Почему это было бы ужасно?

П: Я бы всем своим нутром ощущал подавленность; я чувствовал бы себя просто жутко.

В: Все наоборот! Причиной плохого самочувствия является оценка ситуации как ужасной.

Представьте, что Вы восприняли бы следующую фразу просто как небольшую боль в мягком месте:

"Разве не ужасно то, что я ей не нравлюсь?" Ощущали бы Вы такую же подавленность?

П: Нет.

В: Видите, если бы Вы перестали драматизировать ситуацию, Вы бы избавились от подавленности. Вы были бы огорчены и испытывали сожаление, но не были бы так депрессивны. Итак, где доказательства, что было бы ужасно оказаться отвергнутым и одиноким?

Можно убедить пациента, что X не является ужасным с помощью сравнения: "Можете ли Вы представить что-либо худшее?" или "Если это так невыносимо, покончили бы Вы с собой из-за этого?" Более конкретное упражнение, помогающее перестать драматизировать ситуацию, заключается в составлении "Шкалы ужасных событий" с делениями от 0 до 100. Итак, если 100 баллов - это худшее из того, что только можно себе представить (например медленное умирание от рака после ампутации рук и ног), то как по этой шкале пациент оценил бы свою проблему. Вполне возможно, например, что наличие вспыльчивого супруга будет оценено по этой шкале всего в 20-30 баллов.

В работе с детьми Рэй Ди Гусепп и Гингер Уотерс часто используют сходный прием - "Список катастроф". На доске или на большом листе бумаги дети составляют список всех возможных катастроф (это сделать легко, если вспомнить о потоке фильмов ужасов). После того, как перечислены жуткий ад, наводнение, пришествие иноземцев, землетрясение и атомная война, психотерапевт "вспоминает" еще одну катастрофу - проблему ребенка (например, "Томми сел на мое место"). Возможно вам не придется объяснять ребенку, что одно из перечисленных событий не относится к катастрофам. Это упражнение с успехом применяется также при работе со взрослыми.

Пациенты и сами могут проделывать работу, направленную на прекращение драматизации, если врач направит их с помощью следующих вопросов: "Каковы реальные и ожидаемые последствия этой неблагоприятной ситуации?", "Как долго будут сохраняться эти последствия?", "Каким образом Вы будете справляться с ними?", "Давайте обсудим ваш план в деталях". Предложить пациенту такие вопросы намного полезнее, чем просто призывать его перестать преувеличивать тяжесть ситуации. Данный прием помогает не только уменьшить масштаб "катастрофы", но и дает пациенту возможность более объективно взглянуть на реальность и продумать защитные меры.

В одной из наших последних женских групп, участница семинара спросила: "Что РЭТ предписывает делать в действительно тяжелых ситуациях? Ожидается ли, что вы будете себя хорошо чувствовать в плохой ситуации?" Это очень распространенный вопрос, который задают не только новички, но и профессионалы. Понятно, что мы отвечаем "Нет!". В отличие от "позитивного мышления", РЭТ не считает, что каждое облако имеет серебряные контуры, бывают и штормовые облака. У нас не всегда есть возможность выбора между хорошими и плохими событиями, но есть выбор между двумя плохими альтернативами. Как может здесь помочь РЭТ? Рационально-эмотивная терапия помогает пациенту не делать плохое событие еще более худшим за счет катастрофизации.

Предположим, что А действительно тяжелое (повреждение спинного мозга, потеря конечности, смерть ребенка); что может сделать в такой ситуации специалист по РЭТ? Прежде всего признать, что А является действительно очень болезненным событием, что большинство людей тяжело переживали бы такие события и находились бы в состоянии горя. Однако, через несколько недель или месяцев приходит время формирования нового отношения к случившемуся и новой философии, которые помогают человеку справиться с тяжким необратимым А.

Психотерапевт постарается убедить пациентов, что страдание в их ситуации является не лучшим выходом. И вновь, у пациентов может не быть выбора между плохим и хорошим, а только между плохим и худшим. Добавляя ненужные страдания к тяжелой ситуации мы делаем страдания еще хуже. Вот конкретный пример: нашим пациентом был молодой мужчина с повреждением спинного мозга и параличом, осложнившимся пролежнями с язвами и мышечными спазмами. Повреждение спинного мозга было необратимым, но из-за сильного переживания по поводу своего заболевания у молодого человека значительно усилились спазмы. В создавшейся ситуации преодоление депрессии, вызванной переживаниями по поводу основного заболевания, могло бы заметно улучшить общее состояние больного. У него и так было много серьезных проблем со здоровьем и, конечно, не требовалось добавлять к ним еще и депрессию.

Вероятно существует сходство в оказании помощи пациентам в принятии болезни (например какого-либо инвалидизирующего заболевания) и принятии смерти. Как отмечал Кюблер-Росс (Kubler-Ross, 1969), принятие ситуации - это не простой процесс, а многоступенчатый. В ходе этого процесса возникает много различных эмоций (например гнев и страх), может наблюдаться сильно выраженное отрицание. Схема стадий принятая - это лишь гипотетическая концепция; не все пациенты проходят через все стадии и не обязательно в определенном порядке. Однако, РЭТ может помочь ускорить продвижение по этим стадиям. Многие психотерапевты склонны преувеличивать тяжесть психологического состояния пациентов с

тяжелыми увечьями или неизлечимыми заболеваниями. Однако эти состояния сами по себе не являются причиной эмоциональных потрясений. В действительности, как показали исследования последних лет, большинство больных с неизлечимыми заболеваниями не имеют хронических эмоциональных расстройств, наоборот, они умело мобилизуют собственные защитные механизмы. Поэтому нет оснований считать дистресс в таких случаях нормальной реакцией.

Признавая реальность и болезненность неблагоприятного события врачу лучше сконцентрировать внимание

пациента на его сохраняющихся способностях, чем на утраченных возможностях. В начале лечения этот маневр может оказаться преждевременным, но по ходу лечения будет важно обсудить с пациентом его возможности: "Как Вы можете пользоваться тем, что у Вас осталось?" Пациенты могут прийти к иррациональному заключению, что из-за их тяжелой ситуации жизнь закончена и не осталось возможности для получения какого-либо удовольствия. Важно, чтобы вынужденные ограничения в существовании пациента касались лишь отдельных конкретных сторон жизни и не распространялись на всю жизнь. В этом отношении специалист по РЭТ может сделать больше, чем психотерапевт другой ориентации: признать, что ситуация действительно тяжелая, но не ужасная, потому что всегда могло бы быть еще хуже. Если пациент неизлечимо болен и знает об этом, ему можно было бы дать понять, что порой люди умирают медленнее и с большими страданиями. Если умерла возлюбленная, то могло бы случиться и так, что пациент потерял бы одновременно и возлюбленную, и лучшего друга. Всегда может произойти нечто худшее, чем то, что случилось на самом деле. Хотя такая информация может быть не очень утешительной, она помогает пациентам более трезво воспринимать реальность.

Помимо философских диспутов, можно выдвинуть и прагматические основания для прекращения драматизации. Во-первых, высокий уровень тревоги, вызванной драматизацией ситуации, затрудняет решение проблем. Снижая тревогу пациенты повышают свои возможности в разрешении неблагоприятных ситуаций. Если пациент драматизирует приближающуюся проблемную ситуацию, психотерапевт может подчеркнуть, что тревога только усугубляет ситуацию, поскольку пациент в этом случае дважды переживает травмирующую ситуацию - заранее и в тот момент, когда это происходит. Если дискомфорт в связи с приближающимся событием неизбежен, пациент мог бы хотя бы не расстраиваться до тех пор, пока это не произойдет.

Драматизация событий обычно ассоциируется с высоким уровнем тревоги, типичным результатом которой бывает избегающее поведение. Проблема избегания заключается в том, что хотя эта мера временно снижает тревогу, избегающее поведение способствует еще большему избеганию вследствие отрицательного подкрепления. Как свидетельствует современная литература по бихевиориальной терапии страха могут легко генерализоваться.

Например, если у человека есть необоснованный страх наступить на одуванчик, он может легко избежать проблем, если будет ходить вокруг единственного одуванчика без ущемления собственной свободы. Однако, один маленький заброшенный одуванчик может быстро превратиться в множество проблем и вскоре страх загонит человека в угол, каждая тропинка в поле будет блокирована огромным количеством одуванчиков.

Не попадайтесь на крючок избегающего поведения; иногда пациенты избегают благоприятных событий с тем, чтобы оградить себя от ожидаемого дистресса в будущем. Наглядным примером этого парадокса являются пациенты, избегающие интимных отношений, даже если очень хотят этого. Они отказываются от любовных отношений из-за страха, что когда-нибудь эти отношения могут закончиться. Так как они считают ужасным окончание близких отношений в будущем, они лишают себя удовольствия в настоящем. Драматизация в таких случаях дорого обходится пациентам.

Для преодоления драматизации в РЭТ используется следующий важный поведенческий прием: пациента готовят встретить проблему во всеоружии с тем, чтобы опровергнуть его оценку события как невыносимого. Эллис считает, что пациент в такой ситуации может "рискнуть".

Эллис настойчиво отстаивает мнение, что очень желательно убедить пациентов не бояться риска. Этим он предвосхитил целое направление поведенческой терапии. Подвергая себя риску, заставляя себя делать вещи, которые выглядят "слишком трудными" или "слишком страшными" пациенты будут иметь самые благоприятные возможности для прекращения драматизации. На самом деле Эллис зашел так далеко, что утверждает, что такие традиционные мягкие техники поведенческой терапии, как систематическая десенсилизация и релаксационный тренинг, могут иногда оказаться ятрогенными в том смысле, что они поощряют избегание пациентом дискомфорта и усиливают низкую фрустрационную толерантность. Он

утверждает, что мы в сущности продолжаем нянчить пациентов и помогаем им оставаться детьми в эмоциональном плане. Лучший и самый эффективный способ преодоления страхов и избегающего поведения - это "закрыть глаза и заставить себя прыгнуть в ситуацию двумя ногами". Другими словами, РЭТ рекомендует использовать техники наводнения и взрыва, начиная с самых сильных страхов, а не самых слабых. Недавние исследования (1973) подтверждают эту точку зрения и происходящее смещение акцента с десенситизации на уровне воображения к десенситизации *in vivo* и переход от принципа постепенности к наводнению показывают, что бихевиориальная терапия развивается в направлении, указанном РЭТ. В главе 11 будут подробно описаны упражнения, связанные с риском, которые предлагаются пациентам в качестве домашнего задания.

ЧЕЛОВЕЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ

В своих работах Эллис, касаясь проблемы очернительства ("Я никчемный болван" или "Он полное ничтожество"), анализирует философию оценки человека следующим образом. Логически или научно невозможно доказать, что какой-то один человек имеет большую ценность в масштабе вселенной, чем любой другой. Так как нет способа обосновать различия в человеческой ценности, остается только принять нулевую гипотезу, что все люди имеют равную ценность. Однако сохраняется проблема формулировок, так как термин "ценность" предполагает существования противоположного понятия "никчемность". Позднее Эллис внес уточнения в свою теорию и отказался от понятия ценность, заменив его термином самопринятие.

Убеждения людей о своей ценности относятся к разряду одних из самых стойких. Принятие себя

может оказаться трудным для детей, поскольку их окружают взрослые, имеющие склонность к глобальной оценке ребенка (например, "хорошая девочка" вместо того, чтобы сказать "хорошее поведение"). Но часто еще труднее убедить подростков в том, что они не нуждаются в лестной оценке своих сверстников. В этом отношении важно, чтобы пациенты усвоили, что мнение людей о ценности кого-либо не является фактом. Понять это легче на внеличностном примере. Врач показывает на свои наручные часы и говорит, что это лучшие часы в мире. Делает ли такое утверждение часы действительно лучшими в мире? На этом примере врач учит понимать различия между мнением и фактом. Данное суждение правильнее понимать так: "Я считаю эти часы лучшими в мире." Если пациент усвоил это различие между мнением и фактом, то далее можно перейти к оценкам, касающимся личностей. Например:

В: Допустим ваш друг считает Вас ослом. Что это, мнение или факт? Если бы все ваши друзья называли Вас ослом, стали бы Вы от этого ослом на самом деле?

Другими словами, признание своей ценности не должно зависеть от поддержки и восхищения окружающих или даже божества ("Иисус любит меня, я достойный человек"). Мы можем спокойно относиться к оценкам окружающих и просто принимать себя такими, какие мы есть.

Фактически все суждения, касающиеся пониженной самооценки, являются чрезмерными обобщениями; эта логическая ошибка исправляется в следующем диалоге:

П: Я полное ничтожество.

В: Вы ничтожество? Кажется Вы плохо разбираетесь в выражениях. Вы навесили себе ярлык, означающий, что в самом вашем существе есть что-то отталкивающее, а не в поступках. Вы дали себе определение омерзительного человека. Если бы это было правдой, Вы должны бы были всегда и в течение всей жизни совершать только омерзительные поступки. Это было бы вашей судьбой. Не кажется ли Вам, что Вы преувеличиваете?

Посмотрите еще раз на высказывания врача. Важно научить пациентов различать понятия "быть плохим" и "поступать плохо". Иначе говоря пациенты и их поведение не являются одним и тем же. Этому можно научить, если помочь пациентам следить за своей речью и не пользоваться ярлыками. Так, вместо фразы "Я плохая мать" правильнее сказать: "Я кое в чем плохо воспитываю ребенка". Первое утверждение безусловно является чрезмерным обобщением, поскольку было бы невозможно найти мать, которая все делала только плохо в отношении своего ребенка. Даже обезьяны с прозвищем "мать-чудовище" иногда ласкают своих детей (Haglo, 1958). Мы убеждаем пациентов превращать свои оценки-ярлыки в более нейтральные фразы потому, что ярлыки всегда являются чрезмерным обобщением. Глагол "быть" в английском языке предполагает единство между подлежащим и сказуемым. В предложении "Я психолог" слова "я" и "психолог" воспринимаются как единое неделимое целое; хотя большинство из нас выполняет еще много других дел помимо профессиональных обязанностей. То есть, человек слишком многогранен чтобы можно было отнести его полностью к какой-то одной категории. Вследствие этой многогранности невозможно дать человеку рейтинг. Люди слишком сложны чтобы можно было оценивать их в целом. Поэтому Эллис предлагает пациентам "отказаться от своего "Я", не в смысле собственных действий, а в смысле самооценки. Специалисты по РЭТ часто используют следующую аналогию для демонстрации сложности человека: Представьте, что Вам только что прислали большую корзину фруктов. Вы заглянули в нее и достали

красивое красное яблоко, спелую сочную грушу, затем Вам попался гнилой апельсин, затем Вы взяли великолепный банан и гроздь винограда с несколькими испорченными ягодами. Как бы Вы оценили фрукты? Просто: одни хорошие, другие плохие. Некоторые из них Вы бы захотели выбросить. А как бы Вы оценили всю корзину? Обратите внимание, эта корзина немного напоминает Вас, и разнообразные фрукты, отличающиеся по степени зрелости и по испорченности, являются как бы вашими чертами. Так вот, оценивать себя по отдельным чертам то же самое, что сказать: "Корзина плохая, потому что в ней попадаются испорченные фрукты".

Ричард Уэсслер построил схематичную диаграмму, показывающую абсурдность оценивания себя. Обратите внимание на диагональную линию иррациональности:

Высокая **самооценка**

Отрицательные состояния (провал, отвержение и т. д.)

Точка 2

Точка 1

Положительные состояния (успехи, любовь и т.д.)

Низкая самооценка

Многие люди оценивают себя пропорционально успехам по горизонтальной оси. Когда дела идут хорошо, они оценивают себя высоко (точка 1); когда дела идут плохо, они оценивают себя низко (точка 2). Ошибочность этой концепции заключается в том, что конкретному действию пациенты дают общую оценку; однако в целом самовосхваление так же иррационально, как и самоочернительство. Оценивание себя - занятие глупое, потому, что как только внешняя ситуация ухудшается вы скатываетесь вниз по диагонали иррациональности. Более рационально было бы оставаться в нулевой точке по вертикали независимо от положения по горизонтальной оси. Итак, поскольку завышенная оценка себя предполагает возможность заниженной оценки, то лучше всего вообще отказаться от оценивания себя.

Мы рекомендуем следующую тактику, согласующуюся с основными принципами РЭТ: вместо того, чтобы доказывать, что пациенты не являются неудачниками или ничтожеством, пусть они сами попробуют доказать, что являются ими. Этот прием не только облегчает задачу врача, но и помогает пациентам глубже осознать, что сам человек и его поведение - это не одно и то же. Отметим еще раз, важно научиться не оценивать себя, а принимать и быть терпимым к себе.

В: Хорошо Джек, докажите мне, что Вы неудачник.

П: Но я только что рассказал Вам обо всех своих неудачах.

В: Это верно Джек, но каким образом все это делает Вас неудачником?

П: Но я испортил столько много дел!

В: Я знаю это Джек, но разве Вы не видите, что Вы делаете, когда называете себя неудачником? Вы даете прогноз. Быть неудачником означает иметь такие черты, что вы всегда обречены на провал, что бы ни пытались сделать.

П: Это меня и расстраивает, что у меня всегда будут неудачи.

В: Но Вы не можете быть неудачником, потому что мы не знаем будете ли Вы всегда проваливаться и у нас есть факты, что в прошлом у Вас не все было так плохо. Видите ли, если бы Вы были яблоком, Вы бы всегда имели и сохраняли черты яблока. Тогда действительно Вы не могли бы измениться. Итак, докажите мне, что Вы все время проваливаетесь и так будет всегда!

П: (смеется) Кажется не могу.

В: Хорошо, итак Вы видите, время от времени Вы совершаете неудачные действия; но сами то Вы не являетесь неудачником.

Многие пациенты не могут примириться со своими физическими данными, к удивлению, эта проблема так же распространена среди мужчин, как среди женщин. Попытки убедить пациентов в том, что они ошибочно воспринимают свои физические данные, кажутся бесполезным занятием. Когда пациенты смотрят в зеркало и им не нравится свое изображение, они делают эстетическую оценку. О личных вкусах спорить трудно. Однако проблема заключается в том, что в дополнение к признанию своего изображения несимпатичным, пациенты драматизируют ситуацию и не хотят принимать себя. Ниже мы даем пример лечебного обсуждения ситуации, когда пациентка отказывается принять себя; обратите внимание на то, что психотерапевт не опровергает восприятие пациентки:

В: Хорошо, у Вас запавшие глаза. Что Вы делаете с этой информацией? Вы говорите себе, что должны быть несчастны из-за запавших глаз?

П: Я могла бы всегда найти человека, кому нравятся запавшие глаза (смеется).

В: А что Вы говорите себе сейчас? Вы вновь ищите внешней поддержки. Можете ли Вы принять себя такой, какая Вы есть с запавшими глазами?

Вначале пациентка признала, что примирилась бы с запавшими глазами, если бы нашла человека, кому понравились бы ее глаза. Но это был бы не лучший выход из ситуации, потому что это означало бы лишь условное принятие. Психотерапевт побуждает пациентку продолжить работу и принимать себя независимо от

одобрения окружающих.

Итак, внешность человека может быть такой областью, где бесполезно пытаться изменить А. Принятие качеств, которые нельзя изменить, очень важно. Хотя, учитывая, что какие-то отдельные недостатки

внешности можно устранить (например с помощью пластической хирургии), психотерапевт может, конечно, и поддержать пациента в желании изменить то, что можно изменить.

Особой разновидностью иррациональности является проблема соперничества; некоторые пациенты считают, что они должны быть не просто высококомпетентными, но и более компетентными, чем окружающие. Поэтому они могут чувствовать себя комфортно только в том случае, если в сравнении с другими они преуспевают больше. Они оценивают не только себя, но и окружающих. Если они встают рядом с кем-то и оказываются ниже ростом, они испытывают не только депрессию, но и зависть. Процесс сравнения в социальной сфере является нормальной частью жизни и может быть желателен для самосовершенствования. Однако проблемы возникают когда пациенты имеют склонность к чрезмерным обобщениям и используют сравнение для унижения себя.

Таким пациентам можно сказать, что они не изменятся от того, что будут сравнивать себя с кем-либо. Например: "Допустим ваш рост 170 см, Вы встретили кого-то с ростом 180 см, станете ли Вы от этого ниже, чем есть?" или "Если кто-то другой получил более высокое образование чем Вы, каким образом это может сделать Вас глупым?" Однако еще лучше поработать над тем, чтобы пациенты перестали оценивать как себя, так и других. Психотерапевт может подчеркнуть, что, в конце концов, основная цель в жизни - получать удовольствие, а не доказывать собственную ценность себе, окружающим или небесным силам.

Мы включили два примера дискуссии по проблеме самооценки. Первый пример дидактический, построен в виде монолога, вторая дискуссия представлена в виде диалога:

Дискуссия в виде монолога:

Я сейчас скажу нечто удивительное для Вас. Знаете что это? Вы не являетесь замечательным, одаренным, чудесным, интеллигентным человеком, но Вы и не жуткий, ужасный, глупый, безответственный или дурной человек.

Вы не являетесь ни тем, ни другим. Вы человек. Вы принадлежите к человеческому роду. Быть человеком означает иметь свои сильные и слабые стороны. Вы можете быть очень умным, но вместе с тем Вы не застрахованы от ошибок. Потому что человеку свойственно ошибаться.

Если мы хотим помочь чтобы Вам стало лучше, нам полезнее всего заняться вашими взглядами. Вы придерживаетесь мнения, что нужно оценивать себя по типу "плохой - хороший", "глупый - умный". Вы как бы считаете себя простой маленькой вещью, которую можно положить в один или другой ящик.

А я считаю, что нет такого ящика, который мог бы охарактеризовать Вас исчерпывающе. Вы сложный человек; все люди таковы. Вы можете написать первоклассный рассказ, однако из этого не следует, что Вы прекрасный, одаренный, интеллигентный, идеальный человек. Это не так.

Если бы Вы отнесли свой рассказ в редакцию и там выяснилось бы, что рассказ неудачен, Вы могли бы отреагировать по крайней мере двумя способами. Вы могли бы сказать: "О боже, я глуп. Я знал это, я знал это, мне никогда не следовало относить рассказ в редакцию. Я убедился в том, о чем всегда думал, я никчемен. Меня нужно положить в ящик "глупость". Или Вы могли бы сказать: "Хорошо, я только учусь писать рассказы. Именно поэтому я нахожусь здесь. Я еще далек от совершенства, иначе я был бы профессором. Профессор тоже несовершенен, иначе он был бы знаменитым писателем! Но это не значит, что он не может меня ничему научить. Я постараюсь следующий рассказ написать лучше".

"НУ И ЧТО?" - вот очень полезная фраза, запомните ее и на следующей неделе произнесите ее себе 100 раз. "Ну и что из того, что это не суперкласс?" Что это значит, если рассказ несовершенен? Просто это означает, что это несовершенный рассказ и ничего больше. Однако фраза "НУ И ЧТО" означает не "Это совершенно неважно", а "Это не является вопросом жизни и смерти".

Дискуссия в виде диалога:

В: Вы действительно считаете себя совершенно никчемным человеком. Это значит, чем бы Вы не занимались, Вы все делаете плохо. Можете ли Вы доказать мне, что это так и есть?

П: Но я провалил так много дел.

В: Как много?

П: Я потерял работу, жена угрожает оставить меня, с детьми у меня не ладятся отношения, вся моя жизнь - одни неприятности!

В: Разрешите сделать два замечания. Во-первых, Вы перечислили не все стороны вашей жизни. Во-вторых, Вы возлагаете всю ответственность за эти события на себя, хотя Вы можете нести лишь частичную ответственность.

П: Даже если я не несу полную ответственность, я все равно неудачник.

В: Нет. Вы потерпели неудачу в этих вопросах, но Вы справляетесь с другими делами.

П: Какими например?

В: Вам удастся подниматься каждое утро, следить за внешностью, Вы управляетесь с финансами, хорошо продумываете свои экономические шаги. Существует много вещей, с которыми Вы хорошо справляетесь.

П: Но это неважно!

В: Это неважно для Вас в данный момент, потому что Вы сверхзабочены своими проблемами, но на самом деле это очень важно. Много людей с этими вещами не справляются. Они что - неудачники?

П: Нет, но...

В: Джек, Вы один из самых высокомерных людей, которых я когда-либо встречал.

П: Что Вы имеете в виду. Я лишь говорил Вам, какой я никчемный человек!

В: Дело в том, что ваше отношение к себе и окружающим говорит мне насколько Вы высокомерны. В собственной жизни Вы ориентируетесь на значительно более высокие стандарты, чем окружающие, что предполагает, что Вы считаете себя намного лучше других. Пусть эти мелкие людишки имеют проблемы, но это не для такой исключительной персоны как Вы. Разве это не противоречит вашему мнению, что вы никчемны?

П: Это звучит разумно.

В: А сейчас давайте займемся какой-либо из ваших проблем и посмотрим, как мы могли бы исправить ситуацию...

ПОТРЕБНОСТИ

Свои желания люди часто высказывают в виде требований из-за неумения отличать желаемое от необходимого для выживания и благополучия. Когда начинается терапевтическая дискуссия по поводу выражения пациентами своих потребностей важно научить пациентов серьезно относиться к своему языку и воспринимать свои высказывания буквально. Фактически в мире не так много вещей, в чем мы действительно нуждаемся; пища, вода, воздух и убежище относятся к биологическим потребностям, все это нам необходимо для выживания. Никто не знает, в чем нуждается человек для психологической адаптации, хотя пациенты с трудностями социальных контактов уверенно заявляют, что "един-ственное, что нужно человеку - это любовь". В литературе по психологии есть указания, что дети и молодые животные развиваются лучше, если ощущают любовь и привязанность, но у нас нет доказательств, что хотя бы один взрослый человек умер от отсутствия любви. Любить и быть любимым, безусловно, очень желательно, но в буквальном смысле мы в этом не нуждаемся. Если пациенты считают, что нуждаются в этом и говорят об этом, то они и вести себя будут соответствующим образом, а это уже будет создавать им проблемы. Поэтому первое, что важно сделать - помочь пациентам научиться выражаться более четко.

Наше общество не учит умению различать желания и потребности, хотя этому можно научить даже ребенка. В предлагаемом отрывке лечебного сеанса пациенткой является семилетняя девочка. Основная ее проблема заключается в том, что она не умеет приобретать друзей в школе:

В: У тебя есть потребность играть с детьми?. П: Что означает слово "потребность"?

В: Потребность - это то, в чем мы нуждаемся и без чего мы не можем обойтись. Человек нуждается в воде. Что произойдет, если у человека не будет воды?

П: Он умрет.

В: Правильно. Что произойдет, если исчезнет воздух? То же самое.

П: Можно умереть.

В: Правильно. Что произойдет, если человека лишить пищи?

П: Умрет.

В: Правильно. Можно ли сказать, что мы нуждаемся в пище?

П: Да.

В: А в воде?

П: Да.

В: А в воздухе?

П: Да.

В: Правильно. Ты нуждаешься в телевизоре?

П: Нет.

В: Но иногда ты говоришь, что тебе нужно посмотреть телевизор, разве не так?

П: Да, потому что мне нравится смотреть телевизор.

В: Тебе нравится и ты хочешь смотреть, но это не потребность, правильно?

П: Правильно.

В: Конечно это не потребность. Ты нуждаешься в конфетах и мороженом?

П: Нет.

В: Ты не нуждаешься, хотя хочешь и то, и другое, правильно?

П: Да.

В: Но не нуждаешься?

П: Нет.

В: Хорошо, ты нуждаешься в новом велосипеде?

П: Нет, у меня уже есть.

В: Но если бы твой велосипед сломался, ты нуждалась бы в новом?

П: Да.

В: Нет. Ты бы хотела иметь новый велосипед, но ты бы не нуждалась в нем. Это значит, что ты бы не умерла без него, не так ли?

П: Нет, не умерла бы.

В: Ты могла бы жить без нового велосипеда?

П: Да.

В: Без нового велосипеда у тебя наверное было бы меньше радости, но ты могла бы жить без него. Ты будешь нуждаться в новых кроссовках, если старые прохудятся?

П: Нет.

В: Итак, видишь ли ты разницу между желанием и потребностью? В чем разница? Попробуй объяснить мне.

П: Потребность - это то, без чего нельзя жить.

В: Да, потребность - это то, что ты имеешь и в чем нуждаешься для сохранения жизни.

П: А желание - это то, что тебе хочется.

В: Правильно, это то, что нам нравится. А сейчас ответь мне: Лайза хочет чтобы дети в школе любили ее. Это желание или потребность?

П: Желание.

В: Желание?

П: Да.

В: Итак, мы познакомились с желаниями и потребностями. Что произойдет если ты скажешь себе: "Я испытываю потребность, чтобы такая-то девочка играла со мной в школе. Мне нужно, чтобы я ей понравилась". Как ты себя будешь чувствовать, если ты ей не понравишься?

П: Буду грустить.

В: Будешь грустить сильно или чуть-чуть?

П: Сильно.

В: Сильно. А если бы ты сказала: "Я должна понравиться Кэйт. Я нуждаюсь в ее дружбе".

П: Я хочу быть ее подругой.

В: "Я хочу быть ее подругой." О, это совсем другое дело. А если бы ты сказала: "У меня потребность быть ее подругой", а она бы не захотела дружить, как бы ты себя чувствовала?

П: Она бы не захотела дружить?

В: Не захотела бы. А ты бы сказала: "Я нуждаюсь в ее дружбе - мне это нужно чтобы жить! - но она не будет моей подругой". Как бы ты себя чувствовала?

П: Было бы грустно.

В: Было бы очень грустно. А что, если бы вместо этого ты сказала себе: "Я хотела бы понравиться Кэйт. Я хочу быть ее подругой, но если она не собирается дружить со мной, я могу обойтись без ее дружбы". Тебе было бы очень грустно или чуть-чуть?

П: Чуть-чуть.

НИЗКАЯ ФРУСТРАЦИОННАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ

Эллис недавно предложил новую трактовку ключевых иррациональных суждений о потребности в комфорте. Будьте внимательны и не пропускайте следующие распространенные фразы в речи пациентов, указывающие на тревогу дискомфорта (1979а):

Я не могу это вынести.

Я не могу жить с этим (или без этого).

Я не могу это выдержать.

Я не могу это терпеть и т.д.

Люди, кажется, верят, что они не могут терпеть боль, дискомфорт, несчастья; их готовность переносить дискомфорт не обязательно прямо пропорциональна тяжести неблагоприятной ситуации. В действительности они обычно сообщают, что "не могут вынести" то, что им не нравится; ранее мы отнесли эту проблему к Низкой Фрустрационной Толерантности (НФТ).

Бороться с НФТ можно двумя способами: лингвистически и экспериментально. При лингвистическом способе психотерапевт просит пациентов доказать, что они не могут что-то вынести. Конечно, таких доказательств не существует. Говорить, что они не могут что-то вынести, глупо, потому что они могут вынести (хотя, может быть, им это никогда не понравится) и даже могут быть счастливы несмотря на это. Фактически это философия требования, подобная тому, о чем мы говорили выше. Пациенты настаивают, что они не должны испытывать неудобства, дискомфорт, фрустрации и, если они попадают в такую ситуацию, то это ужасно. Следующий диалог показывает как можно спорить с пациентом с целью изменения этих представлений:

П: Я не могу вынести, когда моя мать ведет себя так нервно.

В: (с утрированной интонацией) "Я должен быть счастлив хотя бы во взрослой жизни. Я заслуживаю это. Я должен иметь счастливое время." Но мать возможно никогда не изменится. Что Вы собираетесь предпринять в этой ситуации?

П: Ничего.

В: Могли бы Вы себе сказать: "Разве не любопытно, что она вытворяет?" Вы могли бы изменить свои оценки и приспособиться к ситуации так, чтобы не выдвигать невыполнимых требований. Видите ли, это все равно, что стоять у окна и требовать прекращения дождя. Если невозможно управлять явлениями природы, то же самое относится и к поведению людей. Ваше раздражение на мать ничего не изменит. В вашей ситуации лучше всего было бы принять реальность.

При экспериментальном методе спора о НФТ пациентам дают домашние задания тренироваться переносить ситуации, которые пациенты оценивали прежде как непереносимые. Вот как проводит такие тренировки Билл Кнаус:

В: Сконцентрируйте свое внимание на зуде, который Вас сейчас беспокоит и не чешитесь 30 секунд ... а

сейчас еще 30 секунд ...

Тренировки составляются индивидуально исходя из конкретной проблемы пациента. Например, если пациент теряет контроль над собой в определенной

ситуации, ему предписывают преднамеренно находиться в ситуации, провоцирующей у него гнев, и тренировать свою "переносимость". Также пациентам дают задание специально встречаться с неприятными им людьми, на кого они были раздражены. Можно использовать и воображение, как в следующем примере:

В: Давайте представим сцену. Вообразите, что Вы стоите перед дверью своей матери. Как только заметите первые признаки эмоциональной реакции, спросите себя, что происходит в вашей голове?

П: Я лучше бы притворился спокойным.

В: Вместо того, чтобы подавлять или отрицать свои эмоции, лучше спросите себя: "Что мне сделать, чтобы действительно быть спокойным?"

Итак, пациент может отрабатывать как прием десенситизации, так и чисто когнитивные навыки рационального мышления.

НФТ, как философский подход к жизни, может препятствовать достижению многих жизненных целей, в

основном потому, что человек воздерживается от серьезных усилий, необходимых для достижения

поставленных целей. Психотерапевт может подчеркнуть, что "терпение и труд все перетрут". Осознание

того, что они способны терпеть дискомфорт, может помочь пациентам смелее встречать неприятности,

больше рисковать, активнее работать для достижения успехов. Итак, критическое отношение к требованию

комфорта и преодоление НФТ может помочь написать новую книгу, развестись с супругом, начать новое

дело и достигнуть жизненных целей.

Глава 8

ДИСКУССИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ИХ РЕШЕНИЕ ПРЕОДОЛЕНИЕ ЗАТРУДНЕНИЙ В СПОРЕ

Изложив общие принципы дискуссии, мы осознаем, что у вас могут возникнуть затруднения во время практической работы. В этой главе мы попытаемся предвосхитить некоторые типичные затруднения, с которыми сталкиваются начинающие психотерапевты, и предложим способы их разрешения. Большинство проблем возникает с теми пациентами, кто не понимает аргументы врача, либо не верит им. Итак, после дискуссии с пациентом об его иррациональных суждениях, проверьте, правильно ли он вас понял.

Спросите себя: "Не говорит ли пациент просто правильные слова фактически не веря этому? Не подыгрывает ли мне пациент с тем, чтобы заслужить мое одобрение?" Как можно определить, не "попугайничает" ли пациент? Мы предлагаем четыре способа:

1. Если пациент приходит на сеанс в состоянии явного эмоционального дистресса или вы можете вызвать у него эмоциональную реакцию с помощью повторного проигрывания травмирующей ситуации в воображении, то вы можете проверить правильность понимания пациентом дискуссии по признакам снижения напряжения. Выясните, может ли пациент успокоить сам себя во время сеанса. Отличный способ проверки - количественная оценка дистресса в цифрах. Как описано в главе 4, мы советуем оценивать уровень дистресса по шкале 51Ю5 в начале и в конце сеанса; снижение уровня дистресса в конце сеанса убедительно свидетельствует об эффективности дискуссии.

2. Иногда вы не сможете увидеть результат за один сеанс; доказательства эффективности лечения появятся позднее. Однако важно проверять соответствие мыслей и чувств поведению пациента на протяжении всего курса лечения. Например, если пациент утверждает, что теперь он "знает", что высказывания более правильно (например, "Я поступил некомпетентно". Обратная связь, которую пациенты получают от своей речи, может способствовать сохранению иррациональности мышления до тех пор, пока врач не исправит их высказывания. Можно также научить пациента избегать обратной связи со словами, отражающими депрессивное состояние, такими как "боль", "страдание", "больной", "плохой". Для этого опускаются слова с негативным содержанием и предложение формулируется иначе. Например, вместо фразы "Я чувствую себя несчастным" лучше сказать: "Я не чувствую себя настолько жизнерадостным, насколько хотел бы".

Если у вас не развита способность активного слушания, вы можете пропустить малозаметные элементы, из которых складываются иррациональные суждения пациентов. Одна из проблем начинающих психотерапевтов заключается в склонности наблюдать во время сеанса не столько за поведением пациентов, сколько за своими собственными действиями. Врач может отслеживать свое поведение, задавая себе при этом много вопросов, например: "Хорошо ли я выполнил последний прием? Что умного я скажу пациенту после этого?" и тд.

Следующее упражнение поможет проверить ваши навыки активного слушания. Включите запись последнего сеанса и останавливайте ее примерно через каждые две минуты и спрашивайте себя: "Что пациент только

что сказал?" Затем вернитесь назад и проверьте, насколько правильно вы воспроизвели высказывания пациента. Помните, не нужно фокусироваться на своем поведении во время сеанса, постарайтесь внимательно слушать пациента.

Обращайте также внимание на голос пациента, отмечайте те или иные проявления аффекта. Пациентка может сказать: "Мне особенно нечем заинтересовать мужчин". Врач может не обратить внимание на эту фразу, если она произнесена тусклым голосом, и тогда иррациональные суждения, заложенные в этой фразе, не будут подвержены критическому анализу. Однако, если пациентку прервать и попросить повторить высказывание более эмоционально, то психотерапевт смог бы помочь ей разобраться в собственных заблуждениях.

Часто пациенты не выражают полностью свои мысли; они используют лингвистическую стенограмму. За такими сокращениями могут скрываться иррациональные мысли. Например, молодого человека попросили встать лицом перед группой и без подготовки выступить по обсуждаемой проблеме. Когда его спросили, о чем он подумал в момент получения задания, он ответил: "Я подумал: "О боже, о чем я буду говорить?"¹ Вы узнаете в этом ответе признаки ИС? Люди обычно не взывают к богу, если не начинают драматизировать ситуацию. Сам вопрос "О чем я буду говорить?" подразумевает, что он волнуется и не знает о чем говорить. Восклицание "О боже" служит дополнительным индикатором его тревоги и убеждения, что ему придется сделать то, о чем его просят. Это восклицание означает, что он ощущает себя попавшей в ловушку жертвой ситуации. Итак, как мы видим, в таком простом предложении содержится столько много скрытой информации.

Как помочь пациенту осознать невысказанные суждения? Можно шаг за шагом переводить его скрытые мысли в обычную речь; например, помогите пациенту его вопрос "О чем я буду говорить?" перефразировать в утверждение "Я не знаю о чем говорить." В этот момент уместно также спросить: "Как Вы себя чувствуете в связи с данной ситуацией?" Без такого наводящего вопроса пациенту трудно понять, как он будет реагировать в данной ситуации. Когда пациент может оценить свое состояние, например: "Я чувствую тревогу", врач получает в свое распоряжение А и П. Для выявления невысказанного суждения полезно применять фразу "потому, что":

В: Вы беспокоитесь о том, что не знаете что сказать потому, что ...

П: Потому, что я мог бы выглядеть глупым.

В: И если бы я выглядел глупым ...

П: Это было бы ужасно!

Даже если вы не используете стандартный анализ по схеме А-С-П во время беседы с пациентом, тем не менее было бы лучше использовать его хотя бы в тот момент, когда выслушаете пациента. Когда вы прослушиваете запись рассказа пациента, записывайте А, С и П по мере их выявления, а также помечайте на полях ваших записей ключевые слова. После того, как вам удалось выявить все скрытые С, продумайте тактику предстоящей дискуссии.

Когда мы начали заниматься РЭТ, мы были удивлены и огорчены тем, что после, как нам казалось, образцовых дискуссий пациенты, возвращаясь на сеанс через неделю, повторяли свои ИС. Нам потребовалось определенное время, чтобы понять, что РЭТ не является чудодейственным лечением; хотя обучение за один сеанс может быть успешным, это происходит далеко не всегда. Большинство пациентов в течение длительного времени культивировали свои ИС и они не спешат от них отказываться. Успех обычно приходит только после повторных дискуссий по одной и той же проблеме и после выполнения различных домашних заданий. Начинаящие психотерапевты допускают ошибку, когда после двух-трех сеансов РЭТ приходят в уныние, если не наступает быстрое улучшение, и пытаются найти магический способ излечения в других методах психотерапии. Хотя мы признаем, что РЭТ не во всех случаях является необходимым и достаточным методом лечения, тем не менее мы советуем активно лечить этим методом. Если в психоанализе требуются годы для достижения результата, то несколько сеансов дискуссий не выглядят чем-то неразумным. Возможно придется потратить даже несколько месяцев на обсуждение серьезной проблемы прежде чем пациент "Увидит свет". Поэтому не бойтесь некоторой "избыточности" общения; избыточность важна при любом общении и может быть особенно важной в психотерапии.

По мере продвижения лечения важно уделять внимание не только рациональным суждениям, но и самому процессу дискуссии. После одного-двух сеансов обсуждения ИС пациента, возникает соблазн дать иррациональным суждениям рациональные альтернативы. Однако, дискуссия - это прежде всего задавание вопросов об ИС, а не механическая замена их на рациональные суждения. В РЭТ важно научить пациентов научному мышлению, умению искать факты в подтверждение гипотезы; эти навыки не будут сформированы если ИС механически заменить на РС. Если пациент не научится задавать вопросы самому себе, он не сможет широко пользоваться приемами РЭТ в своей жизни.

У начинающих психотерапевтов иногда формируется другой неподходящий стиль работы, мы называем его "дергающий спорщик". Каждый раз, когда они слышат слова "необходимо", "должен", "обязан" или "ужасно", эти врачи тут же спрашивают:

«Где доказательства?» Такой подход бьет мимо цели. Напомним, что эти слова вредны не сами по себе, а из-за убеждений, которые выражаются с помощью этих слов. Эти слова часто употребляются в повседневной жизни как средства выразительности. Например: "Бифштекс был ужасный", "Ты должен посмотреть новый балет" или "Мне необходима чашка кофе". Итак, "дергающий спорщик" может заниматься

псевдопроблемами. Хотя в действительности люди могут ошибаться в отношении качества бифштекса или необходимости посмотреть балет, такие суждения не имеют отношения к эмоциональным расстройствам. Итак, прежде чем переходить к дискуссии, убедитесь, что вы выявили действительно важные ИС, иначе вы просто создадите новые слова-табу. Есть ли смысл в том, что можно употреблять слово "дерьмо", но нельзя говорить "должен"?

ТРУДНЫЕ ПАЦИЕНТЫ

Некоторые пациенты представляют особую трудность для начинающих психотерапевтов. Давайте рассмотрим некоторые типы трудных пациентов:

1. Спорящий пациент. Вы ощущаете антагонизм в ваших пациентах? Голоса пациентов преобладают во время спора? Вы чувствуете, что скорее боретесь, чем спорите с пациентом? Вас утомляет такая беседа? Как вести себя с такими пациентами? Прежде всего перестаньте бороться. Если вы чувствуете, что тянете с пациентом за разные концы веревки - отпустите свой конец. Попробуйте в течение всего сеанса воздержаться от переубеждения пациента и посмотрите, что произойдет. Или сыграйте роль адвоката и согласитесь с пациентом (например, "Вы правы, Билл, Вы действительно некомпетентны."). Навязывание своих убеждений таким пациентам может только усиливать их сопротивление. Вместо этого с помощью вопросов сконцентрируйте внимание пациента на его сильных сторонах (например, "Как Вы думаете, Билл, что Вы могли бы сделать для решения своей проблемы?").

2. "Да, но..." тип пациентов. Пациенты, реагирующие на ваши высказывания фразой "да, но...", демонстрируют другую форму активного сопротивления. "Да, но..." в действительности означает "нет". Такие пациенты играют роль беспомощных людей и им часто удается и врача сделать беспомощным. Проверьте, не связано ли их сопротивление с вашим поведением; может быть вы выбрали для дискуссии непринципиальные вопросы или просто ведете разговор ни о чем? Возможно пациенты не хотят вас слушать потому, что приписывают вам некоторые черты людей из своего окружения, кто доставляет им беспокойство. Например, у пациентов может быть нежелание воспринимать предложения любого человека, кого они считают авторитарным. В таких случаях можно привлечь на свою сторону кого-либо из близких людей пациента, например, супругу, сестру или брата, близкого друга, кому в данный момент пациент доверяет больше. Если этот человек подтверждает ваши взгляды, то вы увеличиваете шансы пациента на правильное восприятие ваших взглядов.

Другим возможным объяснением поведения пациентов по типу "да, но..." является просто их нежелание измениться. В таких случаях полезно спросить себя: "Какую компенсацию имеет пациент за свое поведение?" Иначе говоря, какие положительные или отрицательные факторы подкрепляют данное поведение или иррациональные суждения? Например, одна наша пациентка часто шумно обвиняла своих друзей за то, что они звонили ей реже, чем она хотела бы. Каждую попытку дискуссии она парировала фразой "да, но...". Мы поняли, что она застряла на обвинении других с тем, чтобы избежать обвинения и исследования себя. Раскрыть подобную мотивацию помогает прием **незавершенного предложения. В данном случае пациентку можно попросить завершать столько раз, сколько сможет, следующее предложение: "Обвинять других хорошо тем, что ...".**

3. Интеллектуальный пациент. РЭТ трудно проводить с интеллектуально одаренными пациентами, потому что они защищаются от исследования себя с помощью интеллектуализации. Они могут одолеть терапевта в аргументированном споре, могут оказаться сильнее в логике и выглядеть очень рациональными. Зачем тогда они приходят к врачу и продолжают ходить на сеансы? Потому, что у них есть эмоциональные проблемы, которые они не осознают или не могут вербализовать. С такими пациентами вместо состязания в логике лучше сосредоточиться на эмоциональных проблемах и использовать экспериментальные упражнения и техники воображения. Однако, очень вероятно, что такие пациенты отвергнут данную тактику врача и откажутся делать все, что они считают "глупым". В ответ на это можно возразить: "Хорошо, нервничать и расстраиваться по пустякам тоже глупо. Вы считаете мое упражнение более глупым?"

4. Интеллектуально ограниченный пациент. Будет уместным признать, что дискуссия в поисках лучшего решения проблемы подходит не всем пациентам. Мы имеем в виду: (1) маленьких детей, (2) пациентов с ограниченным интеллектом, (3) больных с серьезными повреждениями мозга, (4) психотических больных, патологические процессы которых исключают логическое мышление, (5) пациентов с сильной тревогой, выраженность которой не позволяет им четко мыслить. Перечисленным группам пациентов лучше предложить для повторения готовые защитные рациональные утверждения, рекомендуемые Мейхенбаумом (1977) и изложенные в следующей главе. Важно побудить пациентов повторять эти рациональные суждения между сеансами.

5. "Это не помогает" тип пациентов. Пациенты, начинающие изучать РЭТ и нетерпеливо ожидающие быстрого улучшения, нередко высказывают типичные претензии. Мы приводим для иллюстрации этой проблемы несколько примеров и даем рекомендации по разрешению затруднительных ситуаций:

П: Я говорю себе: "Я не обязан, я просто хочу", но это мне не помогает, я не становлюсь спокойнее.

В: Джим, это просто говорит о том, что на самом деле ты не отказался от понятия "обязан".

П: Как я могу это сделать?

В: Ищи у себя иррациональные суждения и критически анализируй их. Спрашивай себя: "Где факты?" Будь ученым. Мы не потому считаем землю круглой, что это хорошо звучит, а потому что располагаем доказательствами. Где доказательства, что ты обязан хорошо учиться в школе?

Второй пример:

П: Я понимаю это! разумом, но я не чувствую себя лучше.

В: Когда Вы говорите, что понимаете это "разумом", это на самом деле означает, что вы слабо

понимаете. А большую часть времени Вы верите в свое иррациональное мнение и верите сильно. Вы пытаетесь себя переубедить?

П: Я не очень старался.

В: Правильно. Вы не сможете сильно верить в это, пока не начнете жить и действовать согласно этой вере. Что могли бы Вы сделать на этой неделе, чтобы доказать себе, что Вы не нуждаетесь в любви Мэри?

Третий пример:

П: Я знаю как важно жить и мыслить рационально, но когда я попадаю в реальную ситуацию, я это не чувствую.

В: Вы не сможете чувствовать себя более расслабленным, если не отрепетируете заранее свои действия. Давайте прямо сейчас повторим, как Вы будете справляться с тревогой, давайте отработаем модель вашего поведения.

Четвертый пример:

П: Я понимаю суть дискуссии, но я не знаю как это делать без Вас. Я все еще быстро становлюсь тревожным и тогда появляются навязчивости.

В: Хорошо, Мэри, давайте использовать ваш симптом как ключ для следующей цепочки рассуждений:

"У меня появились навязчивости. Почему? Чтобы избежать тревоги. Из-за чего я тревожусь? Из-за некоторых мыслей. Какие у меня иррациональные мысли? Сейчас я буду их оспаривать." Вы видите, как тесно ваши симптомы взаимосвязаны? Ваши навязчивости отчасти являются избегающим поведением, они отвлекают Вас от вашей тревоги. Вместо того, чтобы отвлекать себя, используйте навязчивости как сигнал для открытого столкновения с ней и преодоления этого состояния. А сейчас повторите все, что я Вам сказал и мы проверим, поняли ли Вы меня.

Суть приведенных выше примеров заключается в том, что пациенты часто придерживаются ошибочного мнения о существовании как интеллектуального, так и эмоционального осознания (инсайта). Концепция эмоционального инсайта противоречит основному принципу РЭТ, согласно которому мысли определяют эмоции. Кроме того, сама эта концепция не имеет отношения к существу дела; люди просто не в состоянии достигать инсайта со своими внутренними органами. Когда пациент заявляет, что у него наступило интеллектуальное осознание, но не эмоциональное, психотерапевт интерпретирует это высказывание либо как проблему "знаю, но не верю" рациональным суждениям, либо как нестойкость этой веры. В обоих случаях важно прояснить ситуацию и более активно поработать над ней.

Мы осветили основы ведения дискуссий и надеемся, что теперь у вас есть схема, которая поможет проводить дискуссии эффективно. Однако, в РЭТ терапевтическая работа не заканчивается дискуссией. Конечная цель дискуссии состоит не в том, чтобы травмирующее событие исчезло, а в том, чтобы помочь пациенту принять А, если его изменить нельзя, либо спокойно и методично пытаться изменить А, если это возможно. Вполне вероятно, что для достижения этой цели потребуются немало поработать как во время сеансов, так и между ними. В следующей главе мы рассмотрим некоторые аспекты работы во время сеансов.

ПРЕДОСТЕРЕЖЕНИЯ

Если ваши пациенты приобрели некоторый контроль над отрицательными эмоциями, не забудьте дать им понять, что эти новые для них навыки не могут быть идеальными. Так, если пациент говорит, что теперь он умеет контролировать свой гнев, было бы полезно спросить его: "Как Вы думаете, когда у Вас может вновь возникнуть чувство гнева?" Такой вопрос содержит не только мягкое предупреждение, но также подготавливает пациента к такой возможности. Если вы пропустите такой шаг, то пациент будет очень расстроен, когда в следующий раз будет испытывать гнев, и может обесценить все достижения терапии. В результате он может полностью отказаться от рациональной дискуссии с собой в момент нахождения в травмирующей ситуации. Читатель вспомнит, что один из принципов РЭТ утверждает, что все люди думают как рационально, так и иррационально. Работая серьезно мы можем увеличить долю рационального мышления, но мы не можем ожидать, что будем мыслить всегда абсолютно рационально.

Кроме того, в проявлении сильного аффекта есть свои преимущества и даже если пациенты могут думать рационально, нет необходимости отказываться от этих преимуществ. Когда пациенты начинают ощущать

результаты РЭТ, они иногда проявляют абсолютистские требования к своему новому рациональному мышлению и решают, например, что никогда не должны больше проявлять гнев. С другой стороны, очень часто в тренинге самоуверенности рекомендуется демонстрировать элемента гнева с тем, чтобы добиться желаемого. Эллис описывает случай из своей жизни, когда самоутверждающее поведение было неэффективно, в то время как резкий угрожающий выпад подействовал быстро и его требования были немедленно выполнены. Готовясь к переезду в новый врачебный кабинет он заказал новые чехлы для мебели, ему обещали изготовить и доставить чехлы через шесть недель. Эта дата наступила и прошла, однако чехлы он не получил. Эллис позвонил в фирму, занимавшуюся изготовлением чехлов, и ему обещали чехлы привезти. На следующей неделе ситуация повторилась и еще один звонок с настойчивыми требованиями не дал результата. Наконец несколько недель спустя сотрудники фирмы позвонили и сообщили, что чехлы готовы, но ему придется самому за ними приехать. На это Эллис преднамеренно грубо заявил, что если через час они не доставят чехлы, то он оторвет им "яйца". Чехлы тут же привезли. Смысл этого рассказа заключается в том, что Эллис лишь демонстрировал гнев, но при этом на самом деле он не испытывал состояния гнева. Он знал, что демонстрация гнева может позволить быстро получить то, что ему было нужно; итак, он только притворялся, что гневается. Крепкие выражения нередко помогают в общении с "трудными клиентами", например с кредиторами, телефонными компаниями или правительственной бюрократией. Поэтому пациенты, кто не умеет пользоваться таким языком, часто не могут добиться того, что хотят.

Другим искажением рационально-эмотивной теории является ситуация, когда пациенты используют концепцию о личной ответственности человека за свои эмоции для оправдания собственного социально неприемлемого поведения.

Например, на консультации семейной пары муж отказался рассматривать вопросы взаимоотношений в семье, отклонил также просьбу изменить свое поведение и продолжал досаждать своей жене. Он оправдывал свое поведение мнением, что жена сама должна нести ответственность за свои эмоции и поведение; если она расстроилась, значит она это сделала по собственной инициативе. С другой стороны, жена вполне правильно оценивала поведение мужа (по мнению врача он действительно досаждал жене). Хотя муж в целом верно понял основные принципы РЭТ, он не осознал, что рационально думающие люди тоже могут испытывать отрицательные эмоции с желанием изменить А. И хотя муж не являлся причиной эмоциональных реакций жены (П), тем не менее он был каким-то компонентом А и нес ответственность за брак. Можно не быть основной причиной П, но усугублять эмоциональные проблемы человека, кому мы досаждаем. Фактически этот мужчина требовал, чтобы жена не предъявляла к нему никаких претензий и злоупотреблял рационально-эмотивной теорией для оправдания своей позиции. В таких случаях ложной интерпретации РЭТ психотерапевт объясняет пациенту, что хотя нет необходимости в нравственном и ответственном поведении, тем не менее такое поведение имеет явные преимущества. Желательность соблюдения социальных норм является существенным элементом рационально-эмотивной философии.

Хотя в приведенном выше примере пациент неправильно истолковал принципы РЭТ, рационально-эмотивная теория утверждает, что мы не можем быть полностью ответственны за эмоциональные реакции окружающих. Человек может нести частичную ответственность за то, что является А (травмирующим фактором) для другого человека, но он не может принять на себя всю ответственность за эмоциональный дистресс этого человека. Наше поведение может не устраивать окружающих, но это уже будут их оценочные суждения, которые непосредственно вызывают эмоциональные переживания. Если пациент понимает, что окружающие не являются причиной его страданий, это понимание помогает подвергнуть сомнению и обратное утверждение, что пациент непосредственно вызывает страдания окружающих. Например:

П: Я чувствую себя виноватым из-за того, что он так расстроен.

В: Одну минуту Гейл. Так не бывает. Если Вы ответственны за свои эмоции, тогда он так же отвечает за свои. Возможно, ему не понравились ваши поступки, но если он очень расстроен, как Вы можете полностью отвечать за это?

Понятие полной ответственности является ключевым в РЭТ и можно более подробно объяснить это пациенту, например как в следующем примере:

В: Вы считаете, что несете полную ответственность за чьи-то проблемы? Если речь идет о маленьком ребенке - Вы несете определенную ответственность. Но если, например, ваш восемнадцатилетний сын начал употреблять наркотики, лучше если ваше отношение к этому будет примерно таким: "К сожалению он начал принимать наркотики и ему придется за это расплачиваться." Взрослые между собой могут ошибочно рассуждать так: "Если я сделаю это, тогда он будет счастлив; если не сделаю - он будет страдать. Поэтому мне придется сделать так, как он хочет, чтобы не расстраивать его." В чем ошибочность таких рассуждений? И вновь миниперспектива может помочь понять эту ситуацию. Следующий пример взят из практики Нормы Хаузерман, специалиста по РЭТ из Балтимора. Ее пациентка, молодая вдова, хотела поехать вместе со своей маленькой дочерью на Рождество в Европу в гости к итальянскому моряку, с кем она познакомилась во время захода его корабля в ее портовый город. Ее свекровь отнеслась к этой идее с негодованием. Она заявила: "Как тебе не стыдно. Твой муж еще не успел остыть в могиле. Как ты осмеливаешься взять ребенка к постороннему человеку?" и т.д. Молодая женщина от ощущения вины залилась слезами. Она сделала вывод, что ее намерение совершить эту поездку сильно расстроило свекровь и поэтому она гадкий человек.

Психотерапевт предприняла следующие действия:

В: Давайте проведем эксперимент. Скажите мне, что собираетесь поехать в Италию и посмотрите на мою реакцию.

П: (выполняет просьбу)

В: Это здорово! (Пауза) Видите, ваша поездка не может вызывать расстройство у других. Вашу свекровь заставляет расстраиваться ее восприятие и иррациональная оценка ситуации. Вы не можете нести полную ответственность за ее расстройство.

Обратите внимание, что дилемму молодой женщины можно рассматривать в свете этических принципов рационально-эмотивной философии, изложенных выше. Лучшим выбором является тот, который выгоден и себе, и окружающим. Такой выбор был бы приятен и себе, и свекрови. Однако нередко случается, что такого выбора просто не существует, как в данном случае. Как следует поступить молодой матери? Она может либо остаться дома и угодить свекрови, либо поехать в Италию и доставить удовольствие себе. Если она возьмет на себя всю ответственность за дистресс свекрови, то скорее всего она останется дома, но если она осознает, что свекровь сама себя делает несчастной и страдающей, это поможет ей сделать выбор, который был бы и нравственным и рациональным.

В качестве упражнения перечислите суждения, которые могут вести к указанным ниже трем эмоциональным реакциям. Затем подумайте, можно ли этот список расширить. (Ответ! даны на стр. 422)

Суждения ведущие к депрессии: Суждения ведущие к жалости: Суждения ведущие к радости: Другие суждения:

Мы не защищаем пациентов, если они проявляют бессердечность и равнодушие к чувствам других. Однако, для нас является неприемлемым и невозможным принятие жизненно важных решений исходя только из отношения к этому окружающих. Мы не можем брать на себя полную ответственность за их чувства. РЭТ выступает за то, чтобы жить в согласии с окружающими, но не быть у них в услужении.

Несколько отдаленная аналогия может быть здесь уместна. Врач просит пациента представить, как он подходит к ста различным людям и говорит: "Дорогуша, ты уродлив!" Может ли пациент представить, что все сто человек почувствовали бы себя от этого несчастными? Возможно нет. На самом деле намного вероятнее ожидать разнообразные ответные реакции, включая депрессию, жалость и даже радость.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В трех главах мы рассматривали приемы ведения дискуссии. Эту тему мы заканчиваем подробной стенограммой полного лечебного сеанса. На этом сеансе психотерапевт по модели "АСП" оценивает проблемы пациентки и помогает ей пересмотреть свои иррациональные требования.

В: Давайте выясним, каковы наши успехи. Прошлый раз мы говорили о вашей матери. Что изменилось за истекшую неделю?

П: Прошлый раз я сидела на этом месте и рассказывала Вам, что стараюсь не позволять матери оскорблять меня, то есть стараюсь игнорировать ее выпады и никак не отвечать. Но уже на следующее утро произошел страшный скандал. Я даже не знаю стоит ли описывать все подробности, но закончилось это тем, что мать набросилась на меня с кулаками, мой брат стал нас разнимать, она притворилась падающей в обморок, потом взбрыкивала ногами, била кулаками себе по голове и пыталась вырывать у себя волосы!

В: Сильная вспышка гнева?

П: Да. Два дня после этого она не замечала меня и затем притворилась, что как будто ничего не произошло. Ладно, я не против. Я живу со своей матерью, у нее действительно тяжелый невроз, она будет допекать меня до тех пор, пока я не уйду из дома. Фактически нет никакого выхода из этой ситуации. Ничего не поделаешь. Вы знаете, я пытаюсь направить все свои отрицательные эмоции, связанные с этой ситуацией и другими проблемами, в наши занятия. В том смысле, что чем больше работаешь над собой, тем больше пользы, тем быстрее будет результат. В этом я вижу способ преодоления многих проблем, хотя не всех, но многих. Итак, если я нахожусь здесь и занимаюсь, занимаюсь и занимаюсь, то я смогу найти выход из этой ситуации.

В: Позвольте спросить. Вы говорите об этом как о полезном или бесполезном способе? Если Вы все еще позволяете себе сильно расстраиваться из-за поведения матери и все еще считаете свою ситуацию ужасной, то, видимо, Вы работаете неправильно. Может быть Вы говорите себе: "Я должна заниматься лучше, я должна заниматься лучше - я чувствую дыхание этой ужасной ситуации!" Это верно? Есть ли польза от ваших занятий?

П: Я полагаю ...

В: Или Вы занимаетесь напрасно?

П: Я вот что делаю. Я говорю себе: "Я должна поскорее выбраться из этой ситуации." Ее придирки действуют мне на нервы. Вроде бы она открыто не говорит: "Я на самом деле тебя не люблю и лучше бы тебя здесь не было." Хотя, когда она выходит из себя, то говорит и это, а когда не говорит прямо, то все равно дает это понять.

В: Конечно, неприятно жить с тем, кто не хочет жить с вами. Помните, прошлый раз мы разделили высказывания вашей матери на три вида. Иногда она говорит: "Я не люблю тебя, лучше бы ты ушла из дома." Иногда делает только намеки, а иногда говорит безобидные вещи, на которые может быть никто бы не отреагировал, но Вы реагируете из-за своей повышенной чувствительности.

П: Я стараюсь сортировать ее высказывания. Я уже достаточно познакомилась с РЭТ чтобы по крайней мере

попытаться быть рациональной в отношении своих проблем, но это не помогает мне остановить первую волну злости или обиды. Появляются отрицательные эмоции и я начинаю говорить себе: "Хорошо, даже если она меня не любит, даже если она отдает явное предпочтение моему брату ..." и так далее.

В: И что тогда? Закончите предложение.

П: Это не означает, что я плохой человек. В: Ее мнение - это просто ее мнение.

П: Но в то же самое время я злюсь. Когда я нахожусь одна или еду в поезде и мысли сами собой текут у меня в голове, приходит раздражение на мать, у меня иногда появляются действительно злые фантазии по поводу нее.

В: Хорошо, разрешите прервать Вас на минуту. Похоже, что Вы делаете одну очень хорошую вещь. Когда мать цепляется к Вам и Вы замечаете, что начинаете заводится, Вы делаете хорошую вещь - Вы используете свои эмоциональные реакции как сигнал к действию. Вы говорите: "Стоп, я завожусь."

П: Я делаю это. Я делаю это после стычки. Но на следующее утро ,, (рассказывает другой случай столкновения с матерью)... и тогда она подлетела ко мне: "Убирайся из дома. Я тебя ненавижу!" И тогда это превращается в жуткую схватку. Я выхожу из себя, я ведь тоже человек. Злость у меня накапливалась целую неделю.

В: Хорошо, короче Вы не идеальны.

П: Нет.

В: Я хочу сейчас вернуть Вас к одной проблеме. Когда я Вас слушал, казалось, что иногда Вы очень хорошо вели разумный разговор с собой, но иногда это не срабатывало. Давайте займемся этим и мы увидим, когда и почему это не работает. Вы сказали, что когда ваша мать бушевала, Вы были в состоянии сказать себе: "Хорошо, ее мнение - это ее мнение. Если она считает меня дрянью, я от этого не становлюсь хуже." Такого рода самоутверждающие фразы очень полезны для снятия определенных эмоций. Вы можете ли догадаться о каких эмоциях я говорю?

Врач помогает пациентке разобраться в С и П двух отдельно взятых эмоциональных проблем.

П: Я думаю обида или самоуничижение появляются когда кто-то вас критикует.

В: Правильно. Самоуничижение - это депрессия. Но гнев и депрессию запускают различные иррациональные суждения. И те полезные ваши фразы при гневе не помогут. Это все равно, что принять не то лекарство.

П: Вы согласны с мнением, что подавленный гнев превращается в депрессию? Я слышала об этом.

В: Я тоже слышал. Я бы сказал так: Я не считаю, что отреагированный гнев лучше, чем гнев подавленный. Не столь важно, выскажите ли вы свое недовольство или промолчите, вспылите или сдержитесь, важно пресечь гнев в самом зачатке. Вы отсекаете гнев от вызывающих его причин, так же, как Вы это делаете со своей депрессией. Вы начинаете разговаривать с собой. У Вас уже есть действительно хорошие приемы против депрессии; а сейчас давайте изучим когнитивные приемы против гнева. Согласны?

П: Согласна.

В: Прежде всего давайте проведем небольшой анализ по модели "АСП". Поведение матери - это А, Ваш гнев (не депрессия) - это П. Какие ваши С Вы можете назвать?

П: Когда у меня гнев? В: Когда гнев, не депрессия. П: Понятно.

В: Поищите свои мысли звучащие в виде требования.

П: Хорошо. Я не должна быть в ситуации, где кто-то так несправедлив ко мне.

В: Хорошо, это неплохая мысль. Но разве она провоцирует гнев? Эта мысль скорее вызывает жалость к себе.

П: Да.

В: Мысль, вызывающая жалость, не провоцирует гнев.

П: Хорошо, есть другая мысль. Моя мать должна быть более понятливой.

В: Эта мысль "мать должна" может вызывать гнев. Гнев направлен наружу, не на себя, а на окружающих. Мать не должна кричать на меня, она не должна говорить мне гадости. Можете назвать еще какие-то мысли?

П: (Рассказывает о другом случае домашней ссоры.)

В: Хорошо, давайте остановимся. Где здесь иррациональное суждение?

П: Как она ко мне относится - так и относится. Реальность такова, что она явно отдает предпочтение моему брату.

В: И где здесь иррациональное суждение?

П: Ее мнение обо мне не означает, что я такая и есть.

В: Нет. Какое иррациональное суждение Вы говорите себе? Вы знаете?

П: Если я позволяю с собой так обращаться, значит я этого заслуживаю. И если бы у меня была гордость, самоуважение, здравый смысл или что угодно, я могла бы изменить ситуацию.

В: Вы говорите о мыслях, связанных с депрессией, жалостью, самообвинением. Давайте на минуту оставим их в стороне. Какая мысль провоцирует гнев? Это не только мысли о том, что она не должна кричать на Вас и говорить гадости, но и о том, как она должна к Вам относиться.

П: Она должна относиться ко мне как к равноправному члену семьи.

В: Она должна относиться к Вам честно и справедливо. Это некоторые из ваших требований. Мы знаем из теории, что где требования - там проблемы. Вы убеждены, что мать не должна кричать на Вас, что она должна относиться к Вам справедливо.

П: У меня такие же требования и к себе. Я не должна кричать на мать. Я не должна проявлять свой характер или выражать свое недовольство в такой форме, когда это ставит окружающих в неловкое положение. А мне на самом деле хочется войти к ней и сказать: "Что за чепуха, целый год он спит с тобой, мне ты говоришь, что из-за того, что он дает тебе деньги, а ему ты говоришь, что все эти деньги ты расходуешь на него."

В: Неплохо было бы сказать это себе, но только не во время приступа гнева, а если бы Вы просто хотели попробовать изменить то, что можно изменить. Вы добились бы больше, если бы сделали это в самоутверждающей форме. Но давайте вернемся назад, теперь у нас есть А, С и П.

П: Да.

В: У нас есть гнев и провоцирующие его мысли, а именно все ваши требования. Давайте теперь обсудим ваши требования. Какие вопросы Вы хотели бы задать себе?

П: Почему я не могу сказать ей то, что думаю? Для меня это серьезный вопрос. Дело в том, что у меня бывает так много злости, что я просто не могу подобрать слова чтобы сказать ей для начала: "Это грязная сделка." Когда я подхожу к матери или брату я не знаю как начать говорить об этом.

В: Подождите. Это другой вопрос. Это касается Вас, а нам сейчас нужно то, что касается "их". Нас интересуют люди, относящиеся к Вам несправедливо, и Ваш гнев в связи с этим. Прежде всего, хотели бы Вы избавиться от гнева? Не от решительности, а от гнева.

П: Да. Но в этой ситуации мне кажется было бы ненормально не испытывать негодования и гнева. Это оправдывается ситуацией.

В: Если бы Вы спросили: "Вы пытаетесь научить меня ничего не чувствовать при виде конского кала или даже при этом веселиться?", то я бы ответил: "Нет, это было бы безумством." Надо быть сумасшедшим, чтобы радоваться этому. Но я не вижу какой-либо пользы от того, что Вас охватывает гнев. По этой причине я считаю, что было бы лучше избавиться от гнева или уменьшить настолько, чтобы Вы могли спокойно сказать: "Мне это не нравится и я постараюсь сделать то, что смогу для изменения ситуации." В конце концов, что дает Вам гнев? Вызывает спазмы желудка и в целом плохо действует на весь организм.

П: Целую неделю после вспышки гнева я чувствую себя больной. Я стараюсь не показывать это окружающим, я становлюсь тихой и ни с кем не хочу разговаривать. А окружающим кажется, что у меня депрессия.

В: Хорошо, давайте поработаем над гневом. С тех пор, когда мы проводили формальный анализ "АСП", прошло время, давайте вспомним, как следует дискутировать. Когда Вы начинаете дискуссию, Вы возвращаетесь к своим иррациональным мыслям, берете их одну за другой и задаете себе вопросы.

П: Почему мать должна быть справедливой со мной?

В: Правильно! Где доказательства, что Ваша мать должна хорошо относиться к Вам?

П: Я не знаю. Я училась в школе и видела, как многие люди хорошо живут в своих семьях. Они носятся со своими детьми, имеют счета в банке, делают все, что хотят, целуют своих малышей в попку и считают это самым замечательным занятием.

В: Я полностью согласен, было бы прекрасно жить в такой семье. Но почему Ваша мать должна?

П: Почему она должна? (пауза) Я считаю, она должна! Она должна быть справедливой.

В: Почему?

П: Потому, что я просто хочу этого, (смеется)

Психотерапевт не предлагает готовый ответ на вопрос, а настойчиво побуждает пациентку искать ответ.

В: Вот здорово. "Она должна делать все, что я хочу." Как Вы себе это представляете?

П: Хммм.

В: Я согласен на 100%, что было бы действительно хорошо, если бы Ваша мать была справедливой с Вами. Это было бы приятно, жизнь стала бы проще, это давало бы Вам преимущества. Ваша жизнь была бы легче, если бы у Вас были богатые любящие родители, которые относились бы к Вам справедливо. Мы могли бы это доказать. Мы могли бы провести эксперимент и доказать свою правоту. А могли бы мы провести

эксперимент и доказать, что Ваша мать должна это делать? Почему она должна это делать?

Психотерапевт никогда не оспаривает желательность иметь то, что хочешь, но он не соглашается с требованием.

П: Она не настолько глупа, если бы она осознала свою несправедливость, то она не могла бы себя чувствовать хорошо. Я имею в виду, как может мать хорошо себя чувствовать, если она несправедлива?

В: Правильно. Возможно, это было бы еще лучше для нее, если бы она стала относиться к Вам справедливо.

П: Да, видимо так.

В: Но почему она должна? Даже если бы это было хорошо и для Вас, и для нее. Почему она должна делать то, что было бы Вам приятно?

Тот же самый вопрос преднамеренно повторяется неоднократно.

П: Хорошо, она не должна.

В: Я не думаю, что Вы верите в это.

П: Мне помогает одна мысль: "Хорошо, это не моя вина, это она себя так ведет." Она не обязана быть справедливой и это не мое дело заставить ее быть справедливой и осознать, как это важно, и я живу не для того, чтобы перевоспитывать мать.

В: Правильно. Но если Вы не поработаете действительно серьезно и не избавитесь от требования "она должна", то прежде всего Вы все время будете разочаровываться в матери и будете пытаться управлять ею ...

П: Однажды в состоянии отчаяния я беседовала со своим отцом, а мать всю жизнь подавляла его и придиралась к нему несправедливо, и он сказал мне честно: "Я понял, что лучший способ ужиться с ней - это подчиниться. Вот так я решаю эту проблему." И это правда. Если бы кто-то три дня понаблюдал за ним у нас дома, то нашел бы его поведение холопским, раболепским. Отец больше роняет свое достоинство, чем противостоит ей."

В: Хорошо. Разрешите задать вопрос. Он расстраивает себя? Он внешне спокоен, а внутри кипит или он действительно по философски относится к этой ситуации?

П: Многие годы он вел себя точно так, как я, обиды накапливались, но он их не высказывал.

В: А сейчас?

П: Сейчас он, кажется, смирился с ее поведением и предпочитает с ней не связываться. Я же считаю, что угодничать очень плохо. Если она стремится подавлять окружающих, это не значит, что я должна раболепствовать. Это неприятно.

В: Вы сказали: "Это хорошо, что отец больше не расстраивается из-за ее выходок. Он отходит и ее грубость его не задает." Он не пытается открыто спорить с ней, чтобы она изменилась и перестала досаждать ему?

П: Не пытается.

В: Это значит, прежде всего, что у нее нет причин изменять что-то в себе. Она много лет упражняется и получает подкрепление.

П: Правильно! В семье все подчиняются ей.

В: Стало быть, если Вы решите попробовать изменить обстановку в семье, это будет тяжелая работа. Вы будете пытаться переучить женщину, которая более шестидесяти лет получала подкрепление своего доминирующего поведения. Нам предстоит трудная работа. Если Вы это понимаете, то это поможет Вам принять правильное решение о том, стоит или нет связываться с ней?

П: Правильно.

В: Еще я заметил, что когда Вы описывали поведение отца, Вы употребляли слова "рабский", "холопский". Иначе говоря, он - тряпка, о него вытирают ноги. Но это только Ваше восприятие.

П: Правильно. Это наложило отпечаток на мои отношения с мужчинами. Мне бы никогда не понравился парень, который бы делал все, что бы я ни сказала. Я наблюдала как много лет отец прислуживал матери и мне это не нравилось.

В: Правильно. Но это восприятие. Если бы Вам нужно было предельно объективно описать поведение отца, без использования отрицательных и уничижительных слов, таких как "раболепский", как бы Вы описали объективно его поведение?

П: Хмम्म. Объективно. Когда мать нападает на отца без всякой причины, он не защищается и не отвечает ей тем же.

В: Что он делает?

П: Он остается спокойным, мягко произнося: "Сейчас, сейчас, дорогая", затем делает то, что она ему говорит.

В: И после этого скандал затихает?

П: Затихает, но это повторяется постоянно. Не просто один раз в день, но все время пока находишься вместе с ней. Это просто огневой вал. Одни приказания.

В: Итак, Ваш отец позволяет ей так себя вести, он примирился с ее требованиями, но он при этом не расстраивает себя. Он не заводится. То есть, он нашел свой способ адаптации.

П: Правильно.

В: В его адаптации есть два компонента: (1) что у него происходит внутри -эмоциональное напряжение и (2) как он ведет себя на людях.

Психотерапевт помогает пациентке понять эмпатически поведение ее отца.

П: Понятно.

В: Его сдержанность весьма привлекательна. Может быть Вы хотели бы унаследовать у отца его способность не расстраиваться из-за сумасшедшей жены. Относиться по философски к ее выходкам.

П: Да. Но я хотела бы вести себя иначе.

В: Правильно.

П: Потому что мне не нравится мой имидж. Я часто поступаю по принципу "зуб за зуб". Когда она начинает нападать на меня я не остаюсь в долгу.

В: Я хочу предложить, перед тем как мы сегодня закончим, отдельно рассмотреть варианты поведения. Попробуем выработать линию поведения. Но первый шаг остается тем же самым. Давайте избавимся от гнева. Когда Вы справитесь с гневом, у Вас будет больше возможностей решать свои проблемы. "Я могу провести эксперименты. Я могу попробовать резко отвечать на колкости матери и посмотреть, что будет получаться в результате. Я могу попробовать одобрять ее более спокойное поведение и посмотреть на результат. Я также могу попробовать, как мой отец, замолчать и делать все, как она говорит, и оценить результат. Я могу попробовать держаться очень самоуверенно и спорить с ней. Я могла бы попробовать прочесть ей лекции и дать почитать полезные книги." Вы действительно можете попробовать различные подходы. Если какой-то подход не дает результата, Вы прекращаете эксперимент и говорите себе: "Хорошо, это не повлияло на ее поведение, я буду пробовать что-нибудь другое." Все перечисленные подходы - это просто варианты поведения.

П: Это мне нравится. Я могла бы попробовать.

В: Да, как ученый. Но ученый никогда не станет хорошим ученым, если он требует, чтобы результаты были такими, какие он хочет получить!

Психотерапевт подчеркивает, что субъективизм в оценке результата может испортить весь эксперимент. -

П: Да.

В: До тех пор, пока Вы требуете чтобы мать изменила свое поведение, Вы будете на нее сердиться.

П: Согласна.

В: Итак, первый шаг - отказаться от требований и избавиться от гнева, а затем провести серию этих экспериментов. Таким образом, лучшее из того, что можно сделать сейчас, - отказаться от требований. Если Вы можете поверить в то, что говорите, что она не обязана измениться, то, возможно, она никогда не изменится ...

П: Вы правы. Она точно не собирается изменяться!

В: Мы не можем знать, изменится она или нет. Но мы можем попробовать различные линии поведения. Откажитесь от требований к ней и попробуйте ориентироваться на некоторые философские мысли отца: "Она такая, она не хочет изменяться, у нее нет стимула для этого и если я буду требовать чтобы она изменилась ..."

Врач использует отца в качестве модели рационального отношения к ситуации.

П: Когда Вы это говорите, я действительно вижу это! Я чувствую то, о чем Вы говорите.

В: Вы можете поверить, что если будете помнить и повторять это между нашими сеансами, то дела у Вас пойдут лучше. Перед Вами две прекрасные книги: "Преодоление фрустрации и гнева" Пола Хаука и "Как жить с гневом и без него" Альберта Эллиса. Если Вы почитаете их, Вы лучше поймете то, чем мы сегодня занимались.

П: Я на самом деле чувствую себя лучше. Да. Я хочу сказать, что эта жуткая ситуация превратилась в ... она это она, ну и что!

В: Bravo! Это здорово! Это доказательство, что дискуссия была полезной.

П: Да.

В: Сейчас важно не забыть делать между нашими сеансами то, что мы наметили.

П: Хорошо.

В: Вот почему полезно иметь хорошую книгу под рукой.

Глава 9

ПОВЕДЕНИЕ ПСИХОТЕРАПЕВТА: РАСШИРЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ АКТИВНО-ДИРЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ

Специалисты по РЭТ значительно отличаются друг от друга по манере взаимодействия с пациентом, но как

представители РЭТ они отличаются от представителей других направлений прежде

всего активно-директивным стилем. Поскольку выявление и обсуждение ошибочных мыслей, отрицательно

влияющих на эмоциональное состояние пациентов, является стержнем РЭТ, психотерапевты внимательно

наблюдают и ищут признаки таких мыслей. Ключевые слова, фразы, интонации, невербальное поведение пациента - все это врач не оставляет без внимания. Специалисты по РЭТ не любят задавать общие открытые вопросы, которые позволяют пациенту давать длинные пространственные ответы. Вместо этого рациональные психотерапевты задают прямые конкретные вопросы и в этом случае их взаимодействие является диалогом, а не монологом пациента. Врач в ответах пациента выявляет ошибочные мнения и концепции. Мы сравниваем роль психотерапевта с ролью пастуха; врач руководит и помогает пациенту перейти большое поле проблем по нужному маршруту не отвлекаясь на множество посторонних вещей.

Активно-директивный психотерапевт может легко угодить в ловушку - соблазн раздачи советов, когда врач сам предлагает пациенту готовые решения проблем, в том числе частных проблем. Важно дать понять пациентам, что у них есть выбор. Однако еще более важно показать пациентам, что они могут научиться искусству решения проблем, в частности, они могут научиться не расстраивать себя. С другой стороны, следует всячески поощрять независимость пациента от врача; подробно об этом будет сказано в главе.

Психотерапевт очень аккуратно заостряет внимание пациента на его ИС, предварительно выяснив, правильно ли он расслышал и понял пациента. Например, врач может мягко спросить: "Мне показалось, Вы сказали, что должны сделать X; правильно ли я Вас расслышал?"

Предпочтительнее выявлять ИС с помощью целенаправленных вопросов. Например:

ВМЕСТО: Почему Вы рассердились? ЛУЧШЕ: Что Вы себе сказали, чтобы рассердиться? ИЛИ:

Вы рассердились потому, что говорили себе: "Эти ублюдки не должны были это делать"?

ВМЕСТО: Что относится к вашей проблеме борьбы за власть?

ЛУЧШЕ: Что Вы себе говорите, чтобы расстроить себя, когда думаете о своей борьбе за власть? **ИЛИ:** Вы расстраиваете себя потому, что говорите себе, что Вы обязаны победить?

ВМЕСТО: Вы считаете, что он должен Вас любить?

ЛУЧШЕ: Что Вы думаете по поводу того, что он Вас не любит?

ИЛИ: Вы говорите себе: "Это ужасно, что он не любит меня"? Итак, вместо того, чтобы

предлагать пациенту готовые ответы (например, "Вы требуете"), попробуйте помочь пациенту самому обнаружить собственные ИС. Для этого чаще задавайте вопросы, такие как: "Что Вы себе говорили?". Именно вопросы, а не готовые ответы, помогают пациенту почувствовать свою степень ответственности за результат лечения.

ВМЕСТО: Это неверно!

ЛУЧШЕ: Откуда Вы знаете, что это неверно? **ИЛИ:** Какие у Вас есть доказательства правоты? **ИЛИ:** Что могло бы Вас убедить, что это неверно?

ЛЕКЦИЯ В СРАВНЕНИИ С СОКРАТИЧЕСКИМ ДИАЛОГОМ

В данный момент мы хотим подчеркнуть, что существует два различных способа обучения принципам РЭТ: (1) лекция и (2) сократический диалог. Психотерапевт во время лекции непосредственно дает информацию пациентам о том, как они создают сами себе эмоциональный дистресс, и для большей наглядности использует такие приемы, как притчи, метафоры, аналогии. Врачи, применяющие сократический диалог, больше полагаются на вдумчивые вопросы, с их помощью врач подводит пациента к пониманию ситуации и правильным выводам, так как это делал знаменитый философ. Это процедура проводится более медленно и методично, чем лекция. Оба технических приема являются ценным обучающим средством, впрочем, опытный психотерапевт знает также об их недостатках.

Мы советуем определенную часть времени лечебного сеанса посвящать лекции, поскольку это самый быстрый способ передачи информации. Минилекции особенно уместны на первых сеансах для более быстрого знакомства пациента с принципами РЭТ. Лекции обычно очень полезны для пациентов с низким социально-экономическим уровнем, поскольку они ожидают от врача четких инструкций. Доступные лекции также производят хорошее впечатление на пациентов с низким интеллектом и мозговыми нарушениями. Само собой разумеется, лекции показаны пациентам, проблема которых связана с отсутствием знаний по

каким-то частным вопросам (например, женщина считает себя фригидной потому, что не испытывает оргазм при сношении).

Использовать минилекции, однако, следует с осторожностью. Если Вы прочитали даже отличную лекцию, то известно ли Вам, как поступит пациент с новой информацией? Возможно, так же, как большинство студентов: записывают (или запоминают) и откладывают записи до экзамена, в данном случае - до следующего сеанса. Опасайтесь такой тенденции, планируйте во время сеансов незаметную проверку, пользуется ли пациент теми знаниями, которыми вы его вооружаете. Не переходите к следующему вопросу пока не убедитесь, что пациент усвоил предыдущий. Помимо этого, давайте пациенту домашние задания, чтобы убедиться в том, что он использует лекционный материал (см. главу 11).

Сократический диалог имеет свои преимущества, прежде всего, более надежное запоминание. Психологические исследования памяти показывают преимущества процессов припоминания в сравнении с узнаванием. Новые мысли, к которым пациент приходит сам во время сократического диалога, лучше удерживаются в памяти. Лекции позволяют лишь пассивно распознавать информацию. В то время как лекции представляют собой односторонний последовательный монолог, сократический подход позволяет вести настоящий диалог. Помимо этого, в диалоге пациент выражает мысли своими словами и при воспоминании будет использовать эти же слова, что благоприятствует стойкому удержанию информации. Обратите внимание на свое собственное поведение когда вы слушаете лекции. Что вы делаете? Не очень много, верно? Вы молча сидите, возможно киваете головой в знак согласия и время от времени делаете записи. Все это вы делаете довольно пассивно, поэтому не следует ограничивать терапевтическое вмешательство одними лекциями.

Прослушайте запись сеанса, в котором вы прочитали небольшую лекцию пациенту. Постарайтесь выяснить, понял ли вашу мысль пациент, каким образом вы могли бы проверить его понимание?

Сравните следующую лекцию и сократический диалог: »

Лекция: Хорошо, Шиела, Вы выглядите очень расстроенной и тревожной в связи с тем, что мать Вас не поддерживает. Разрешите я займу какое-то время на объяснение, что является причиной тревоги людей. Большинство людей считают, что события, которые с ними происходят, заставляют их испытывать тревогу. Вы считаете, что ваша тревога связана с поведением матери, которая не одобряет ваши действия. Однако, мы не считаем эту точку зрения правильной. Люди обычно расстраиваются не из-за самих событий, а из-за их отношения к этому событию. Например, если взять сто человек и поставить их в вашу ситуацию с матерью, то они не все испытывали бы те же чувства, что и Вы. Некоторые были бы счастливы и испытывали облегчение от того, что избавились от опеки матери, другие были бы страшно расстроены вплоть до мыслей о самоубийстве, третьи остались бы равнодушными. Другими словами, были бы самые различные реакции. Таким образом, Активирующее событие, как мы называем поведение матери по отношению к Вам, не может вызывать все эти различные реакции. Ваши мысли, ваши суждения о ситуации вызывают реакцию. Причем различные мысли вызывают различные эмоции. Алогичные или иррациональные суждения, преувеличивающие негативную сторону событий, вызывают резко отрицательные эмоции, а логичные, рациональные суждения ведут к адекватным эмоциям.

Сократический диалог:

В: Хорошо, Шиела, я понял, что Вы испытываете тревогу, когда мать придирается к Вам или когда Вы думаете об этом. Как Вы думаете, что вызывает тревогу?

П: Моя мать, конечно. Если бы она не придиралась ко мне, я бы не чувствовала тревогу!

В: Действительно так могло бы быть, но если бы ваша мать придиралась ко мне, у меня не появилась бы тревога. Почему у меня не было бы тревоги в отличие от Вас?

П: Потому, что Вы не живете с ней!

В: Допустим я жил бы с ней. Тем не менее я не испытывал бы тревогу. Почему?

П: Может быть потому, что она не значит так много для Вас, как для меня?

В: Возможно. Слово "значит" очень важно для нас, потому что то значение, которое мы придаем ситуации, в данном случае поведению матери, определяет наши эмоциональные реакции. Какое значение Вы придаете поведению матери?

П: (пауза) Это трудный вопрос.

В: Но Вы наверняка не думаете: "О, это прекрасно, что она себя так ведет. Мне действительно приятно." Думаете ли Вы так?

П: Конечно нет.

В: Что Вы себе говорите?

П: В этом совсем нет ничего хорошего. Просто ужасно, что она так себя ведет!

В: Правильно! Вы говорите, что мать ведет себя ужасно. Мы называем это "драматизацией" и это является примером иррационального суждения. Как я уже сказал, иррациональные мысли ведут к отрицательным эмоциям.

Послушайте записи ваших последних сеансов и уточните, кто говорит больше вы или пациент. Вы слишком увлекаетесь лекциями? С какой целью вы делаете это?

Возьмите конкретного пациента и выберите по желанию либо лекцию, либо сократический диалог для терапевтической работы с пациентом. Продумайте сеанс и запишите его. Позднее прослушайте запись и проверьте, достигли ли вы своих целей.

Если вы в большей мере говорите в повествовательном стиле (как при чтении лекций), чем задаете вопросы (как при сократическом диалоге), то вы рискуете в двух отношениях. Во-первых, вы можете оказаться в роли неоспоримого Авторитета, который, по мнению пациента, несет ответственность, например, за сохранение его брака и т.д. Декларативный стиль может произвести на пациента такое впечатление, что он будет некритично принимать суждения врача и полностью полагаться на него в решении своих проблем. Вторым недостатком лекционного стиля является то обстоятельство, что у пациента может появиться желание настойчиво оспаривать ваши суждения и не соглашаться даже с тем, в чем вы безусловно правы. Чаще всего вопросы являются лучшим способом как выявления ситуации пациента, так и их обучения самопомощи. Чтобы умело применять сократический диалог, важно научиться задавать вопросы.

ФОРМА ВОПРОСОВ

Немаловажное значение имеет форма, в которой задаются вопросы. Типичная ошибка начинающих психотерапевтов заключается в том, что они слишком часто задают вопросы "почему"¹¹. На вопрос "почему" отвечать трудно; часто пациенты дают многословные ответы, которые просто повторяют их объяснения о причинах обращения к врачу. Примеры вопросов:

ВМЕСТО: Почему Вы чувствуете тревогу?

ЛУЧШЕ: Что, по вашему мнению, заставляет Вас испытывать тревогу?

ИЛИ: Вы осознаете то обстоятельство, что тревога овладела Вами?

В качестве подходящей замены вопроса "почему", всегда можно использовать слово как.

Гипотетические вопросы также являются полезным способом коммуникации. Пациенту, испытывающему страх определенных житейских ситуаций, врач может сказать: "Что бы Вы сделали, если завтра утром Вы проснулись бы женатым человеком (или безработным и т.д.)?" Вопросы, направленные в будущее, помогают не только выявить когнитивный стиль пациента, но и преодолеть избегание ситуаций, вызывающих у пациента страх. Ниже мы даем пример работы с депрессивным пациентом, жалующимся на головные боли:

В: Предположим Вы сходили сегодня к невропатологу и он дал Вам новое чудодейственное лекарство, которое избавило Вас от головной боли. Вы проснулись бы завтра утром без головной боли. Как бы это изменило вашу жизнь? Как бы Вы справлялись с делами?

Такие вопросы оказывают также определенное десенсибилизирующее воздействие на пациента и способствуют затуханию страхов. То есть, пациенты могут избегать каких-то ситуаций или действий и встреча с ситуацией на вербальном уровне в меньшей степени провоцирует страх, чем непосредственное пребывание в ситуации.

Попробуйте выполнить упражнение, которое Эдвард Гарсия часто использует при обучении стажеров: попробуйте провести целый сеанс, используя в беседе с пациентом только вопросительные предложения и избегая повествовательные. Запишите сеанс на пленку и проверьте, насколько близко вы подошли к цели. Обратите внимание, мы не рекомендуем все лечение свести к задаванию вопросов. Слишком большое количество вопросов может вызвать у пациентов раздражение, если они ожидают, что вы хотите сообщить нечто важное, но ходите вокруг да около, вместо того, чтобы сказать прямо. Это упражнение задумано просто для развития навыков задавания вопросов.

ТЕМП ОПРОСА

Чтобы прервать отклонившийся от темы монолог пациента и сдержать лавину ненужной информации, очень полезно задавать вопросы в нужном темпе. Задавайте следующий вопрос сразу же, как только пациент ответил на предыдущий, даже если при этом вы вынуждены прервать пациента. Трудно направить диалог в нужное русло, если врач не умеет держаться уверенно и убедительно.

Наблюдайте как пациенты отвечают на ваши вопросы. Если пациент не отвечает по существу, это может оказаться ценной диагностической информацией. Почему пациенты не отвечают на вопросы?

Возможно: (1) они не обратили внимание на вопрос; (2) они не поняли ваш вопрос или поняли неправильно; (3) если они не поняли вопрос, у них, возможно, не хватило смелости переспросить; (4) их поведение представляет собой защитное избегание болезненных тем; (5) у них нет навыков общения; (6) их мышление имеет недостатки, оно непоследовательно или алогично.

Повторять оставшиеся без ответа вопросы весьма полезно; это помогает пациентам приобрести определенные навыки, помогает лучше концентрировать внимание и смелее сталкиваться с ситуациями, провоцирующими тревогу. Если оставить без внимания ответы не по существу, то это будет только способствовать сохранению нарушений мышления. Когда пациент часто не отвечает на вопросы, полезно прервать его блуждающие мысли и спросить, помнит ли он вопрос. А затем спросите, как его ответ соотносится с вопросом. Это дает вам информацию о причинах затруднений пациента, то ли это дефицит

внимания, избегающее поведение или отсутствие социальных навыков общения.

Многие начинающие врачи испытывают неловкость, когда мы советуем им прерывать отклонившегося от темы пациента и повторять вопросы, на которые не получили ответы. Они часто возражают, что прерывание пациентов означает невоспитанность и опасаются, что пациенты обидятся или даже этим им будет нанесен ущерб. Полезно помнить, что в данном случае невоспитанность проявляет пациент, игнорирующий ваш вопрос. Кроме того, большинство пациентов не возражают, когда их возвращают к обсуждаемой теме, но тем из них, кого это обижает, врач может детально объяснить смысл своих действий. Также важно помнить, что психотерапия не предполагает общение ради общения; 45 минут сеанса следует рационально использовать для работы над проблемой.

Повторять вопросы и перефразировать ответы полезно также и в том случае, когда вам непонятен ответ пациента (например, "Я не уверен, что до конца понял Вас; не могли бы Вы еще раз объяснить это?"). В директивной терапии важно, чтобы врач и пациент понимали друг друга. Если вы не понимаете пациента, то ваше молчание может говорить пациенту, что вы понимаете его. Позднее, когда выяснится ваше непонимание, пациент будет раздосадован. Вы также теряете ценное и дорогостоящее время, когда позволяете пациенту продолжать разговор, несмотря на ваше непонимание. Повторим еще раз исходя из собственного опыта, что большинство пациентов не обижаются, когда их прерывают и задают уточняющие вопросы, скорее наоборот, начинают лучше относиться к психотерапевту за его честное поведение. Обе стороны остаются в выигрыше от более эффективного общения.

УДЕРЖАНИЕ ВНИМАНИЕ ПАЦИЕНТА НА ПРОБЛЕМЕ

Важной и часто трудной задачей психотерапевта является удержание внимания пациента на обсуждаемой проблеме. Многие врачи считают, что перескакивание пациента с одной темы на другую является признаком патологического сопротивления. Хотя иногда это действительно так, все же более вероятно, что пациенты демонстрируют нормальное социальное поведение. Чтобы уяснить этот момент для себя, понаблюдайте за обычным разговором между людьми и обратите внимание, как много тем было обсуждено за двадцать минут разговора. Однако во время лечебного сеанса не следует позволять пациентам отвлекаться.

Пациенту будет легче сконцентрироваться, если психотерапевт не станет обсуждать на одном сеансе слишком много проблем. Лучше сосредоточиться на одной проблеме и всесторонне обсудить ее и только после этого переходить к другим вопросам.

Преимущества целенаправленного обсуждения проблем очевидны. Если у пациента есть склонность к не очень стройному мышлению, то врачу не следует своими действиями поощрять расплывчатость речи пациента, наоборот, следует помочь ему осознать эту нежелательную тенденцию. Высказывайте свои замечания и возражения искренне и с эмпатией, например:

В: Джейн, я в затруднении. Вы начали наш разговор с рассказа о X, а сейчас Вы переключились на У. Какова связь между ними? (или: Какую из этих проблем Вы хотите обсудить?)

Умение сосредоточить внимание пациента на обсуждаемой проблеме в течение достаточного промежутка времени является важной предпосылкой успешной психотерапии. Если этот навык у врача развит недостаточно или отсутствует, то ему, возможно, придется начать с "тренинга внимания". Эта проблема имеет сходство с лечением детей, страдающих гиперкинезом; до тех пор, пока вы не научите ребенка сосредотачиваться на задании, он ничего не сможет сделать. Как предварительные упражнения полезны следующие приемы:

1. Вы можете прослушивать записи ваших лечебных сеансов и совершенствовать навыки распознавания речевых соскальзываний.
2. Пациенты могут делать то же самое, что поможет им лучше ориентироваться в проблемном поведении.
3. Вы можете жестко структурировать разговор с пациентом, ограничивая рамки дискуссии всего несколькими вопросами.
4. Можно использовать процедуру прямого переучивания, включающей вознаграждение за последовательный рассказ и наказания за перескакивания с одной темы на другую. Например, вы можете сказать пациенту: "Вы хорошо изложили свою проблему! Это очень важно для нашей лечебной работы, что Вы говорили четко и не отвлекались на другие проблемы." Или, с другой стороны, вы можете отметить: "Видите ли, Вы потеряли нить рассказа и я действительно запутался. Объясните мне еще раз!" Как и в тренинге поведения, мы советуем больше внимания уделять положительному подкреплению. Выполнять эти приемы не совсем просто, психотерапевту важно уметь наблюдать за собой и быть бдительным.

А теперь предположим, что пациент явно хочет весь сеанс посвятить одной теме, которая, по вашему мнению, только уводит от главного и не является столь же важной, как другой нерешенный вопрос.

Что вы будете делать? Прежде всего, вы можете постараться переориентировать пациента, вы ведь лучше разбираетесь в РЭТ. Как можно направить дискуссию в нужное русло? Один из приемов состоит в том, что вы напоминаете пациенту задачи сеанса и используете принцип Примака, т.е. более вероятным поведением подкрепляете менее вероятное. Например:

В: Джим, я не возражаю чтобы Вы рассказали о пломбировке канала зубов в конце сеанса; мы сэкономим

для этого время. Но сначала я считаю более важным обсудить ваши семейные дела.

Если пациент хочет рассказать о чем-то второстепенном, то можно и по-другому четко ограничить его во времени:

В: Джим, я понимаю, что трудности пломбировки канала зубов для Вас представляются важными. Давайте сделаем так: первые пять минут мы будем обсуждать ваши проблемы с зубами, а затем в течение оставшихся сорока минут мы будем обсуждать ваши семейные дела.

Вы можете также спросить пациента о его отношении к вашему предложению. Если он рассердился, спросите, не часто ли он сердится в сходных ситуациях, это обстоятельство может иметь прямое отношение к его основным проблемам.

Если вы чувствуете, что пациент использует новую тему как отвлекающий маневр, то можно сказать следующее:

В: Мне кажется что Вы чего-то боитесь.

Можно спросить более прямо, как новая тема увязывается с той, которую он избегает:

В: Джим, какое отношение имеют зубы к вашим семейным проблемам?

В конце концов у вас может возникнуть желание поделиться своим мнением о поведении пациента:

В: Джим, мне кажется, что каждый раз Вы приходите на сеанс с такими темами, которые только сбивают нас с пути, они отвлекают нас от обсуждения действительно серьезной проблемы - вашего брака! Возможно, Вы просто избегаете обсуждения этой проблемы. Что, по вашему мнению, могло бы Вас пугать?

Если пациент обнаруживает стойкую тенденцию к многословности, непоследовательности или к уходу от вопросов психотерапевта, то могут потребоваться жесткие меры. Вы можете, например, остановить пациента с помощью твердой фразы: "Стоп, одну минуту» Сталкиваясь с трудными в общении пациентами врач может временно прибегнуть к вопросам, предполагающим односложные ("да", "нет") ответы. Если Вы заметили, что потеряли нить беседы и разговор с пациентом ушел далеко в сторону, то попробуйте остановиться и задать себе два основных вопроса:

Как в нескольких предложениях изложить главную проблему пациента? Каковы его наиболее существенные ИС?

Есть еще один прием, позволяющий удерживать пациента в рамках обсуждаемого вопроса: чаще просите пациента привести конкретный пример обсуждаемой проблемы.

ИЗБЫТОЧНОСТЬ

Терапия, как и обучение, часто должна быть слегка избыточной. Мы советуем не один раз проработать с пациентом принципы РЭТ, даже если вам начнет казаться, что вы напоминаете старую заезженную пластинку. В философии РЭТ имеются некоторые тонкие нюансы, которые могут вызывать затруднения у пациентов; поэтому повторение является важным обучающим приемом. Следует помнить, что вы помогаете пациенту сформировать новые навыки, такие как распознавание ключевых фраз, исследование своего внутреннего диалога и без частых повторений эти навыки приобрести сложно. Возможно вы не захотите повторять одни и те же вещи вновь и вновь, особенно на стадии дискуссии. Интересно проследить, как удастся доктору Эллису в течение многих лет сообщать одну и ту же информацию большому числу пациентов. Слушая Эллиса мы получаем ответ на этот вопрос; с помощью исключительного богатства оттенков голоса и интонаций ему удается поддерживать заинтересованное внимание пациентов в течение всего сеанса. Во время дискуссии (как изложено в главах 6 и 7) вы можете разнообразить средства речевой выразительности, хотя при этом вы в основном учите пациентов умению задавать себе одни и те же вопросы (например: "Где факты?", "Почему это ужасно?" или "Кто сказал, что Вы должны...?").

СТИЛЬ ЯЗЫКА

Часто психотерапевту требуется умение приспособиться к языку пациентов, поскольку стиль их речи сильно различается по степени изощренности. Рассмотрим случай студентки-второкурсницы университета, озабоченной проблемой общения в университетском женском клубе. Она жалуется на стеснительность, объясняя, например, что она боится подойти к модно одетым девушкам, кто выглядит старше ее, и самой начать разговор. Создается ощущение, что она ранжирует людей и считает, что сама она в этом ряду находится в самом низу. Ее философская позиция "одни люди лучше других" выражается ее суждениями, такими как: "Я должна быть такой же хорошей, как они! Если они не примут меня в свою компанию, это будет доказывать, что я хуже, и это было бы ужасно!" С такими пациентами часто не имеет большого смысла начинать лечебную работу с обсуждения "иррациональных суждений" или "философских принципов". Вы сможете быстрее помочь, если выберете более прямой подход. Первый вопрос может быть примерно таким: "Как по вашему мнению окружающие отнеслись бы к вашему вступлению в этот клуб?"

Начинающие психотерапевты часто спрашивают, обязательно ли им следует использовать лексику Эллиса (например, "должен", "обязан", "ужасно" и т.д.). Сам Эллис отмечает, что пациенты выражают свои иррациональные суждения своим собственным языком. Подростки не часто называют тех, кто мешает им спокойно жить, "дерьмом" или "ублюдком", но охотно употребляют такие слова, как "зануда" или "осел". Однако слова эти означают примерно одно и то же. Взрослые тоже могут использовать свой специфический язык для выражения иррациональных взглядов. Не дожидайтесь когда пациент скажет: "Это ужасно"; возможно он уже много раз сказал это своими словами (например: "О боже!", "Это тупик", "Случилось самое худшее", "Это провал" и др.). Поэтому предпочтительнее пользоваться языком пациента всегда, когда это возможно. В этом практическом правиле есть одно исключение: если пациент читал книги по РЭТ и

пользуется ее терминологией, врачу остается только последовать примеру пациента.

НЕПРИЛИЧНЫЕ СЛОВА

Другим аспектом стиля речи, где психотерапевту следует проявлять гибкость, является "оживленное использование непристойностей" (фраза Эллиса). Многие специалисты по РЭТ следуют этому совету Эллиса. Мы заметили, что опытных психотерапевтов можно отличить от начинающих по более свободному употреблению неприличных слов. Не составляет труда заметить, что пациент занимается самоочернительством, если использует по отношению к себе такие слова, как "дерьмо", "мразь", "паскуда", "сука" и т.д.; психотерапевт может возразить, задав вопрос, каким образом плохой поступок пациента превращает его в "дерьмо". Вы сами знаете какие слова можно услышать.

Хотя Эллис часто критиковали за использование непристойных слов, он неоднократно приводил аргументы в пользу такого поведения. Эллис полагает, что люди обычно драматизируют ситуацию, касающуюся употребления мата, даже если они редко в разговоре употребляют такие слова. Иногда даже самые сдержанные и благопристойные пациенты обнаруживают, что их житейские неурядицы лучше, всего описать словами из трех-пяти букв и им подобными. Эти выражения часто могут помочь пациентам стать менее застенчивыми и более настойчивыми.

Понаблюдайте за своим внутренним монологом, когда опаздывая на работу вы выбегаете из дома и обнаруживаете спущенное колесо своей машины.

Второй аргумент в пользу употребления неприличных слов - это помогает установить контакт с пациентом. Возможно это прозвучит странно, что пациентам нравятся врачи, которые могут ругаться нецензурно, но вспомните, что большинство людей употребляют крепкие выражения только в узком кругу равных себе людей. Непечатные выражения человек употребляет находясь в компании с теми, с кем он может чувствовать себя расслабленно и комфортно. Итак, мы часто наблюдаем, что когда психотерапевт начинает употреблять неприличные слова и тем самым дает разрешение последовать его примеру, пациенты начинают чувствовать себя более свободно.

Чтобы убедиться, что неприличный язык способствует установлению более близкого контакта, наблюдайте за своим собственным употреблением слов из трех-пяти букв и обратите внимание, в каком окружении эти слова удачно вписываются в разговор.

Мы не советуем неразборчиво пользоваться неприличными словами. Их "оживленное использование" лучше всего направить на критику иррациональных суждений пациента ("Почему, едрена мать, Вы обязаны?" и на демонстрацию пациенту его самоочернительства ("Вы говорите так, как будто действительно считаете себя говном!"). С помощью крепких выражений можно также подчеркнуть значение обсуждаемого вопроса ("Разве человек должен отказывать себе в удовольствии хорошо провести время - поехать на природу и потрахаться?"). Однако, помните, что неприличные слова не должны быть направлены на самого пациента и вообще ругаться не обязательно, так как тот же результат можно получить и без крепких выражений.

ИНТОНАЦИИ

Важным аспектом речи психотерапевта является интонация голоса. Посредством интонаций неосознанно передается большой объем информации о нашем отношении к тому, о чем мы говорим. В частности, психотерапевту не следует обнаруживать оценочные суждения и резко выраженные отрицательные эмоции. Например, предположим, что пациентом является молодой человек, жалующийся на чувство вины в связи с тем, что он не навещает родителей так часто, как они хотели бы. По неосторожности психотерапевт может воскликнуть: "Вы бываете у родителей только раз в неделю?" или "Вы так редко навещаете родителей?" Интонации врача могут предопределять ответ пациента на такие вопросы.

Интонации и модуляции голоса можно также использовать для обучения пациентов пониманию различий между РС и ИС. Когда вы присутствуете на демонстрации Эллиса или слушаете запись его сеанса, обратите внимание, как умело он во время разъяснений пользуется своим голосом. Всегда, когда он произносит слова, отражающие иррациональные взгляды (например, "ужасно", "должен", "необходимо"), он понижает свой голос, растягивает выделяемое слово, произносит его громче и издает страшный драматичный звук. Например: "этоУЖЖЖЖАСНО, что он не любит меня!" Позднее, когда он заменяет слово "ужасно" на "нежелательно" или слово "необходимо" на "хотел бы", Эллис вновь выделяет эти слова, отражающие теперь рациональные взгляды. Он произносит эти ключевые слова медленно, очень отчетливо, с повышением высоты голоса и усилением громкости. Таким образом, различные слуховые стимулы ассоциируются с различными концепциями, что делает последние более заметными и запоминающимися. Ховард Кассинов из Университета Хофстра специально обучает курсантов речевому стилю Эллиса. Он обращает внимание на важность разнообразия интонаций на каждом сеансе; заметное изменение тона голоса и громкости позволяют пациентам приобретать больше полезной информации.

Привлечь внимание пациента особенно важно когда психотерапевт собирается остановиться на принципиальном вопросе. Понаблюдайте за своей манерой говорить. Если вы говорите быстро и громко и хотите сообщить нечто важное, резко замедлите темп речи и говорите тише. С другой стороны, если обычно

вы говорите негромко и не спеша, вы привлечете внимание пациента когда станете говорить громче и быстрее. Иначе говоря, изучите себя и будьте готовы модулировать голосом в подходящих местах.

Завладеть вниманием пациентов можно также с помощью жестикуляции и содержания высказываний. Так же, как в тренировке самоутверждающего поведения, если наклониться вперед, прикоснуться к руке пациента и смотреть ему в глаза, то этими невербальными знаками вы привлекаете внимание пациентов. Вы также можете подготовить пациента к восприятию важной информации с помощью ярких речевых оборотов, например:

В: Я собираюсь прямо сейчас сделать нечто рискованное, я скажу Вам то, что большинство людей не осмелились бы сказать...

или

В: Это действительно важный момент. Послушайте внимательно что я Вам скажу ...

Если у пациента есть привычка перебивать собеседника, договоритесь с ним, чтобы он помолчал в течение пяти минут; проследите, чтобы он не нарушал договоренность.

МОЛЧАНИЕ

Молчание также является общением. Когда вы молчите, ваше поведение может быть истолковано как согласие с пациентом. Здесь есть сходство со старым английским законом: если ваш бывший супруг (или супруга) продолжает подписывать счета вашим именем и если в течение определенного времени с вашей стороны не последовало протеста, супруг может выиграть право продолжать это делать, так как ваше молчание расценивается как согласие. Сходная ситуация часто возникает во время беседы с пациентами. Например, если пациент отвлекается от основной проблемы и рассказывает вам байки, ваше молчание может говорить ему, что он занят серьезным конструктивным делом или что вы с интересом слушаете его рассказ.

Подобно этому в ряде ситуаций молчание может быть неуместным. Представьте больного депрессией, часто повторяющего: "Мне никогда не станет лучше." Молчание в ответ на такие высказывания может подкреплять данное ИС и делать его более стойким в когнитивной системе пациента. В такой ситуации было бы лучше активно возразить пациенту, обсудить это иррациональное суждение, перефразировать высказывание и сделать его более рациональным (например: "Из ваших слов можно сделать вывод, что вы не надеетесь на быстрое выздоровление."). Мы хотим подчеркнуть еще раз, что молчание является общением. Сложность заключается в том, что мы не всегда знаем, что мы сообщаем своим молчанием. Пациенты могут воспринять ваше молчание как неодобрение, безразличие или согласие. Поэтому полезно проверять, как пациент понимает ваше молчание и исправлять выявленные ошибочные оценки.

НЕКОТОРЫЕ ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ЗАМЕЧАНИЯ

В предыдущих рубриках мы излагали разнообразные стилистические особенности проведения РЭТ;

начинающим психотерапевтам желательно научиться ими пользоваться. Постепенно вы все больше будете

применять те приемы, которые по вашему клиническому опыту окажутся наиболее эффективными в вашем

исполнении. Важно не быть при этом ригидным, т.е. говорить всегда быстро или медленно, всегда

использовать одни и те же интонации, всегда быть веселым или многословным, никогда не допуская пауз.

Упрямое следование какому-то одному стереотипу поведения снижает эффективность терапевтического

вмешательства для пациента и становится скучным для вас. Ваша сила в разнообразии поведения. Было бы

просто глупо придерживаться стереотипного поведения, что можно сравнить с хирургом, удаляющим всем

пациенткам матку независимо от жалоб, или интернистом, выписывающим одно и то же лекарство от всех

болезней.

Это наше пожелание согласуется с философией РЭТ, что нет ничего абсолютного, включая предписания в психотерапии. (Даже не принадлежащее РЭТ изречение, что не может быть ничего абсолютного, является догматическим и абсолютистским.) Рассмотрим следующие примеры догматических утверждений, взятых из клинической практики:

В супружеской терапии никогда не должно быть секретов.

В семейной терапии все члены семьи должны присутствовать на каждом

сеансе. При консультировании по вопросам секса, всегда собирается полный сексуальный анамнез и в каждом случае полезно сосредотачиваться на сексуальных ощущениях.

Перенос всегда должен быть подвергнут анализу. Хотя определенные психотерапевтические приемы часто могут ускорить процесс лечения, мы хотели бы повторить утверждение Эллиса (1962), что не существует абсолютных условий для желаемого изменения личности, включая даже рациональное мышление.

РИГИДНОСТЬ ПРИВЫЧЕК ПСИХОТЕРАПЕВТА

Практика РЭТ обычно предполагает длительность сеансов в 45-50 минут, но это не может быть строгим правилом. Возможно будет лучше в каких-то случаях подходить индивидуально и изменять продолжительность сеансов. Некоторые пациенты, например, просят проводить сдвоенные сеансы. Возможно у них есть много неотложных вопросов для обсуждения или им не нравится уходить с сеанса прежде, чем они закончат серьезную философскую дискуссию. С другой стороны, некоторые пациенты не могут выдержать 50 минут ответственного разговора. Может быть им впервые в жизни приходится прилагать такие усилия. В таких случаях можно рекомендовать постепенное увеличение продолжительности сеансов, пока пациенты не привыкнут к продолжительности полного сеанса. Если вы планируете сеансы обычной продолжительности, то можно первую часть сеанса посвятить интеллектуальной работе, а в оставшееся время заняться релаксационным тренингом или другими упражнениями.

Наш опыт проведения сокращенных сеансов свидетельствует, что время, затрачиваемое на обсуждение основных проблем, остается примерно тем же самым, но сокращается время, потраченное на пустые разговоры. При этом не только пациент осознает ограниченность времени и важность концентрации усилий на решении главных проблем, но также и психотерапевт хорошо помнит об этом. Мы заметили, что во время коротких сеансов мы становимся более директивными, активными, более решительными и меньше отвлекаемся.

Поэкспериментируйте с продолжительностью сеансов чтобы определить, что больше всего подходит вам и вашим пациентам. Некоторые психотерапевты похожи на больших детей с гиперкинезом, они не могут сосредоточить внимание на обсуждаемой проблеме больше, чем на 30 минут. Обе стороны будут в выигрыше, если вы знаете пределы своих возможностей и возможностей пациентов.

Точно так же нет разумных оснований для того, чтобы быть прикованным к одному и тому же месту

проведения сеансов. Например, нет необходимости вам всегда сидеть в одном кресле или пациенту всегда

сидеть на диване напротив вас. Более того, нет терапевтических причин для проведения всех сеансов в

одном и том же кабинете (обратите на это внимание, особенно если вы работаете в государственном

учреждении). Иногда сеансы, проведенные вне врачебного кабинета, оказываются самыми эффективными.

Например, при лечении больных с агорафобией или социальной фобией бывает полезно пойти с пациентами

в ситуацию, где они испытывают страх, и прямо на месте обсудить возникающие ИС. Мы можем привести

пример успешного лечения пациента со страхом лифтов. Во время первого сеанса в нашем шестизэтажном

здании на Манхэттене психотерапевт предложил: "Почему бы нам не провести этот сеанс находясь вблизи от

лифта?" Часть сеанса проводилась в холле, где пациент заметил постепенное уменьшение тревоги. Когда

прошла половина сеанса врач предложил проехать в лифте. Оставшуюся часть сеанса они катались в лифте

вверх и вниз и продолжали дискуссию. Таким способом удалось за три сеанса избавить пациента от

ситуационной фобии.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Специалисты по РЭТ считают себя отчасти учителями, а Рационально-эмотивную теорию рассматривают как модель обучения. Чему вы учите? Прежде всего вы учите психическому здоровью. Во-вторых, поскольку цель терапии - научить пациентов проводить самостоятельный анализ по цепочке А-С-П-Д, вы являетесь учителем логичного мышления. Хорошие педагоги не только задают много вопросов студентам, но и спрашивают себя о качестве собственной работы. Полезно периодически задавать себе следующие вопросы: Понимает ли пациент то, что я говорю?

Ясно ли я выражаюсь?

Не слишком ли большую часть работы я делаю сам?

Действительно ли верит пациент моим высказываниям?

Как я могу помочь пациенту более уверенно высказать рациональные суждения?

Достаточно ли я даю домашних заданий и работают ли они?

Вы можете также служить моделью поведения для пациента. Представьте супружескую пару, пришедшую на консультацию в связи с тем, что муж высказывает пожелание стать более выразительным в проявлении

своих эмоций. Жена всем сердцем поддерживает его желание. В дополнение к взятым извне образцам поведения (например, вы убеждаете пациента изучить романтическое ухаживание мужчин в кинофильмах), вы можете использовать прием ролевых игр (например, вы говорите: "На вашем месте я бы сказал ..."). Подобно этому, при обучении пациентов искусству принятия себя независимо от достижений, вы ясно демонстрируете, что принимаете своих пациентов со всеми их недостатками. Вы можете также показать пациентам, каким образом они могут прекратить оценивать себя как личность, а оценивать только поступки. Конечно, представляя в качестве модели, сначала лучше спросить себя, можете ли вы сами сделать то, что вы просите затем сделать пациента. В случае с излишне сдержанным мужем, было бы полезно честно спросить сначала себя, являетесь ли вы хорошим примером для подражания в этой конкретной области выражения эмоций.

ПЕРЕНОС И КОНТРПЕРЕНОС

Под переносом мы понимаем ситуацию, когда пациент реагирует на психотерапевта так же, как на кого-то из своих близких. Явление переноса полезно использовать в ходе лечения и это можно подчеркнуть пациенту. Сначала нужно определить эмоциональную окраску взаимоотношений и систему суждений, лежащую в основе эмоциональных реакций. Далее можно спросить пациента, не относится ли он к кому-либо из своих близких так же, как к врачу. Например: "Вы знаете, Берни, каждый раз, когда мы начинаем говорить о сексе, я замечаю изменения в вашем голосе и Вы становитесь ... немного развязным со мной. Интересно, Вы так же относитесь к другим женщинам?" Такое ваше острое замечание может помочь обозначить проблемную ситуацию, на которой следует заострить внимание.

Даже не касаясь области секса, отношение пациента к психотерапевту может быть хорошим индикатором его

отношения к другим людям. Например, предположим вы дали своей пациентке домашнее задание. Она возвращается на следующий сеанс с выполненным заданием и восклицает: "О, доктор. Я думала о Вас и знала, как бы Вы отреагировали, если бы я не выполнила задание». На самом деле пациентка рассказывает вам о своем иррациональном мнении; если бы она не сделала задание, вы бы посчитали ее дрянью и она была бы дрянью." Таким образом, вы располагаете достаточными данными чтобы подчеркнуть, что она хорошо справилась с заданием, но выполняла его по ошибочным мотивам. Фактически она говорит, что ради себя самой ей это делать ни к чему, она это делает ради вас. Таким пациентам полезно дать понять, что они не обязаны угождать врачу.

Ваше отношение к пациенту - контрперенос - также имеет большое значение, вы можете использовать себя в качестве измерительного прибора. Спросите себя, как вы себя чувствуете, когда узнаете, что пациент идет к вам на сеанс? Вы ждете сеанс с нетерпением или боитесь его? Почему? Каковы ваши эмоции по отношению к пациенту во время сеанса? Какого стиля взаимодействия придерживается пациент? Так как пациент, вероятно, ведет себя с вами так же, как с другими людьми, у вас есть хорошая возможность дать ему напрямую обратную связь, то есть сообщить, какое влияние оказывает на вас поведение пациента.

Окружающие могут не иметь желания раскрывать это пациенту. Постарайтесь быть при этом как можно более конкретным и обратите внимание пациента на такие стороны поведения, которые позднее можно проконтролировать (например, жалобный голос, отсутствие улыбки, долгое обдумывание ответов, взгляд мимо врача и т.д.).

Застенчивый, робкий пациент рассказывает о своих сложностях с назначением свиданий, вдруг внезапно он бросает взгляд на психотерапевта-женщину и спрашивает ее: "А Вы согласились бы встретиться со мной?" Как ответить на этот вопрос? Прямо! Психотерапевт ответит либо: "Нет, потому что ..", либо: "Да, если бы я не была вашим психотерапевтом." Кроме того, врач могла бы обсудить с пациентом, почему женщина, такая как она, согласилась или не согласилась бы на свидание с ним. Психотерапевт также готов обсудить этот

вопрос, когда он задается с определенным серьезным намерением.

Вы безусловно можете раскрыть свои чувства. В ответ на серьезно заданный вопрос о свидании вы можете ответить так: "Да, если бы мы встретились при других обстоятельствах или до того, как приступили к лечению. Я бы, возможно, захотела встретиться с вами. Это было бы здорово, но реальность такова, что у нас с Вами установились терапевтические отношения и у меня никогда не будет личных отношений ни с одним из пациентов. Такова действительность и нам лучше принять ее."

Достижение такого соглашения может помочь пациенту более свободно и полно раскрыть себя. Если же этот вопрос оставить невыясненным, то пациент может придерживаться свои намерения до более подходящего момента и продолжать надеяться на возможность личных контактов с врачом.

Окончательным выяснением этого вопроса таким способом вы подаете пациенту пример, как нужно проводить грань между мыслями и поступками, например: "У меня бывают замечательные сексуальные фантазии, но я делаю свой выбор и не реагирую на них." Это очень хороший обучающий прием, показывающий как нужно поступать с желаниями; сам факт существования желания не означает что вы должны его удовлетворить.

Предположим, пациент спрашивает психотерапевта-женщину, считает ли она его привлекательным, как ей ответить, если она не находит его привлекательным? Очень просто и спокойно она может ответить "нет". Если на пациента ее ответ подействует угнетающе, то у врача будет отличный доступ к его важному иррациональному суждению, поскольку она наверняка не единственная женщина, которая когда-либо отвергла его. Реакция пациента позволит ей возразить: "Вы считаете, что если я не нахожу Вас привлекательным, то уже больше никому Вы не можете понравиться?"

Возможно читатель удивится нашему совету на такие вопросы сразу отвечать "да" или "нет". Такой ответ

предрасполагает к открытому спонтанному общению. Конечно, наша позиция значительно отличается от

существующих подходов в психодинамической терапии. Психоаналитик на вопрос о привлекательности

пациента спросил бы: "Почему Вы хотите знать, привлекательны Вы для меня или нет?" Пациент такой

вопрос расценил бы как хитрый уход от ответа. Сам по себе этот вопрос, возможно, хороший, но было бы

лучше задать его позднее. Хорошие доверительные взаимоотношения установить сложно, если врач

слишком "клинически" задает вопросы: "Почему это важно для Вас? Почему Вы хотите знать это?"

Терапевтические отношения лучше строить на основе искренности. Поэтому обычно предпочтительнее

отвечать на вопросы пациента прямо и откровенно, а после ответов можно заняться мыслями и чувствами

пациента.

Пациенты могут задавать психотерапевту много личных вопросов. Существуют ли пределы самораскрытия врача? Возможно нет; опытные психотерапевты знают, что в мире нет ничего изначально постыдного, что мог бы спросить пациент и что было бы непсихотерапевтично. С другой стороны, поток личных вопросов может отвлекать от главного. После ваших прямых ответов вы можете спросить пациента, как он воспринимает эту новую информацию, как он после этого относится к врачу и почему он задавал эти вопросы. Например, возможно пациент смотрит на вас как на существо, наделенное мистической силой, и узнав, что вы простой смертный, будет разочарован в вас. Этот пример может хорошо характеризовать отношения пациента с окружающими и поэтому было бы полезно обсудить с ним ИС, связанное с данной проблемой.

Давайте рассмотрим социальные взаимодействия в других ситуациях и исследуем их:

Предположим вы сидите с хорошим другом за чашкой кофе и он спрашивает: "Ты находишь меня привлекательным?" Так называемый "клинический" ответ, а точнее хитрый уход от ответа, может заставить вашего друга подумать: "Да она не настоящий мой друг. Она даже не ответила на мой вопрос!"

Предположим, что вы, как начинающий психотерапевт, подходите к своему наставнику и спрашиваете: "Как у меня получается?" Если наставник ответит: "Почему Вы хотите это знать?", что вы можете заподозрить? Не возникнет ли у вас мысль, что он дал отрицательный ответ?

У пациентов может встречаться авторитарная зависимость, означающая их согласие выполнять

указания только особых "идеальных" людей; такой стиль часто ведет к философии самоуничтожения.

В таких случаях уместно спросить пациентов, считают ли они, что как личность они не хуже врача.

Если пациент отвечает: "О нет, Вы же доктор, а я просто оборванец.", то вы понимаете, что точно так же пациент оценивает себя в сравнении с другими, например с непосредственным начальником, директором фирмы, проректором университета. Поэтому было бы важно демистифицировать окружение пациента, включая психотерапевта.

Если пациент не поднимает проблему переноса, вы можете это сделать сами. Например: каждый раз, когда вы дадите пациенту домашнее задание, у него портится настроение и он принимает задание с недовольством в голосе. В этот момент можно спросить его: "Джон, все время, когда я даю Вам домашнее задание, я слышу некоторое недовольство в вашем голосе. Какие чувства Вы испытываете ко мне в данный момент?" После сообщения пациента о своих чувствах, вы можете попробовать выявить ИС, которые определяют эти эмоциональные реакции, а также выяснить, нет ли у пациента сходных мыслей и чувств по отношению к другим людям. Также важно выявить суждения, которые препятствуют открытому выражению пациентом своих эмоций. Итак, исследование переноса помогает психотерапевту распознать А, П и самое главное - С. Но мы не считаем, что сам по себе перенос имеет большое терапевтическое значение.

ЗАВЕРШЕНИЕ ЛЕЧЕБНОГО СЕАНСА

Мы дадим два полезных совета о завершении сеансов:

1. Постарайтесь заканчивать каждый лечебный сеанс, групповой или индивидуальный, домашним заданием или разрешением пациенту самому придумать домашнее задание. Задания могут включать наблюдение за мыслями, чтение, письменные упражнения, тренировки нового поведения (см. главу 11). В любом случае, цель домашних заданий заключается в закреплении и расширении навыков и знаний, приобретенных на сеансе, и в заполнении времени между сеансами.

2. Для поддержания обратной связи с пациентом вы можете спросить: "Не озадачили ли Вас сегодня какие-либо мои высказывания или действия?" Спросите также: "Было ли сегодня для вас что-то особенно полезное из того, что я сказал или сделал?" И самый главный вопрос: "Чему Вы сегодня научились?" Такие вопросы (а) помогают вам адаптировать свою манеру поведения сеансов к особенностям пациента, (б) дают темы для дискуссии на следующих сеансах, (с) дают возможность пациенту кратко повторить ключевые моменты сеанса, (д) позволяют выявить новые ИС, которыми можно заняться позднее.

РЕЗЮМЕ: КАК ИЗБЕЖАТЬ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ОШИБОК

1. Неумение слушать. Если вы не умеете слушать критически, то можете поставить неправильный диагноз. Например, пациент говорит, что он "разгневан". Вам важно будет выяснить, что он имеет в виду под этим словом, поскольку пациенты часто дают неверные названия своим эмоциям. Не разобравшись с его состоянием, можно неправильно выбрать стратегию лечения. Также важно настроить свое восприятие на ключевые слова и фразы пациента, указывающие на ИС.

2. Неумение поставить задачи лечения. Всегда лучше спрашивать пациента о его понимании задач лечения, а не строить предположения. Вы при этом также определяете ожидания пациента в отношении результатов лечения. Это важно знать для того, чтобы своевременно дать разъяснения и внести исправления в позицию пациента, если же согласия с пациентом достигнуть невозможно, можно посоветовать ему обратиться в другое лечебное учреждение.

3. Ошибки при собирании информации. Начинающие психотерапевты могут потратить слишком много времени на получение информации, прежде чем составят план терапевтического вмешательства, либо наоборот, могут слишком быстро перейти к дискуссии не собрав важной информации. В обоих случаях врачи рискуют утратить контакт или даже потерять пациента, либо, по меньшей мере, проводить неэффективное лечение.

4. Ошибки в выборе степени директивности. Здесь вновь ошибки бывают двух видов, когда вы либо позволяете пациенту забавлять себя, либо обрываете его слишком резко. Что происходит, когда вы недостаточно директивны и позволяете пациенту слишком часто быть лидером? Возможно вы забыли о цели лечения и вас просто заинтересовал рассказ пациента. Возможно вы боитесь обидеть пациента прерыванием его рассказа и вы не хотите выглядеть невоспитанным. Активные пациенты часто будут давать знать о ваших ошибках, либо открыто высказывая свои критические замечания, либо жалуясь, что вы слишком часто их прерываете. Не забывайте, однако, что лечебный сеанс - это не игра, где вы либо выиграли, либо проиграли; ситуацию всегда можно выправить на следующем сеансе.

5. Ошибки при задавании вопросов. Мы советуем придерживаться следующих рекомендаций: (1) не задавайте несущественные или слишком общие вопросы (например, "Как дела?"), спрашивайте четко и конкретно; (2) не увлекайтесь риторическими вопросами ("Где ваше расстройство настигло Вас?"); (3) не задавайте слишком много вопросов "почему", обычно они ведут только к одному ответу - "потому". Лучше

задавать вопросы "как", "где" или спрашивать: "Где факты?", "Что Вы себе говорите?", "Когда Вы это делаете, о чем Вы думаете?"; (4) не злоупотребляйте вопросами, требующими односложных ответов "да" или "нет", задавайте вопросы, побуждающие пациентов работать более активно; (5) не задавайте одновременно много вопросов, не атакуйте пациента сразу тремя и более вопросами, не давая возможности ответить хотя бы на один из них; (6) не отвечайте на вопросы вместо пациентов, дайте им возможность самим поразмыслить, при необходимости упростите вопрос; (7) проследите, ответил ли пациент на ваш вопрос или же он пустился рассказывать истории. Если вопрос остался без ответа, задайте его еще раз.

6. Ошибки при подаче лекционного материала. Избегайте длительных лекций, особенно когда вы не убеждены, что пациент вас внимательно слушает. Преподаватели говорят, что лучший способ выучить что-либо - это учить других; поэтому прослушивание длинной учебной лекции не является лучшим способом для пациента усвоить принципы РЭТ.

7. Неумение проверить понимание. Важно уметь устанавливать обратную связь с пациентом и часто проверять, понимает ли вас пациент. Послушайте записи своих удачных сеансов; убедитесь, что пациенты не просто поддакивали вам, а действительно понимали вас. Иногда полезно просить пациента повторить то, что вы только что сказали или спросить: "Что Вы чувствуете по поводу нашего разговора?"

8. Ошибочное стремление казаться слишком мудрым. Постарайтесь не играть роль мудреца. Возможно вы можете сказать что-то мудрое, но будьте мудрее не говорить это. Лучше попросите пациента попытаться доказать вам, что он является никчемным человеком. С помощью сократического диалога ведите пациента к осознанию своих ошибок.

9. Ошибочное отношение. Мы советуем вам избегать: (1) обвиняющих замечаний ("Вы могли бы знать, как отказаться от этих мыслей"); (2) тактики запугивания ("У Вас очень серьезная проблема; потребуется много времени чтобы исправить положение."); (3) нереалистичных обещаний ("О, я Вас вылечу мгновенно!"); (4) оценочных замечаний ("Зачем Вам нужно одобрение такого чудака, как он?"); (5) чрезмерных обобщений ("Вы очень умны"); (6) споров с позиции силы, когда вы пытаетесь заставить пациента принять вашу точку зрения ("Я здесь психотерапевт и я скажу Вам, с чем у Вас не в порядке").

10. Ошибки в использовании юмора. Используйте юмор часто, но не направляйте его на пациента. Постарайтесь не слишком много хихикать. Проследите, чтобы юмор был терапевтическим, не шутите ради развлечения.

Мы просим вас прослушать запись вашего последнего сеанса и проверить свои действия по всем указанным выше позициям. Вы не сможете фиксировать все ошибки одновременно; проверяйте каждый вид ошибок отдельно.

Глава 10

ВСЕОБЪЕМЛЮЩАЯ РАЦИОНАЛЬНО-ЭМОТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Ранние работы Эллиса почти полностью посвящены логической убеждающей модели психотерапии и так называемому Чизящному решению". Фактически это философский подход, отличающий РЭТ от других когнитивных и когнитивно-бихевиориальных методов психотерапии. Читатель вспомнит, как на мы излагали на странице 72, что изящное решение предполагает допущение, что пациент не искажает Активирующее событие и что оно останется таким же серьезным ("допущение худшего"), но пациента побуждают изменить отношение к существующей реальности. Эллис в более поздних работах (1973, 1977Г, 1979Б) развил свою теорию и включил в нее как изящное, так и неизящное решения, понимая, что клиническая реальность побуждает использовать оба эти подхода для повышения эффективности лечения. Неизящное решение - это попытки помочь пациенту исправить ошибочное восприятие А, а если возможно - изменить само А.

До этого момента мы помогали вам разобраться в изящной дискуссии, но, возможно, вы уже осознали, что пациентам часто требуется дополнительная помощь. Поэтому сейчас мы переходим к изложению других подходов, применяемых в РЭТ.

Изучая литературу мы обнаружили, что когнитивно-обучающая терапия имеет четыре варианта:

1. Изящная РЭТ, направленная на философское решение проблемы (изменение отношения к А).
2. Программы тренировок самоподдержки, нацеленные на управление поведением пациентов непосредственно с помощью рациональных самоутверждающих фраз и подчеркивающие влияние внутреннего диалога на поведение.
3. Анализ восприятия пациентом реальности со стремлением психотерапевта помочь ему создать более реалистичную картину мира.
4. Техники решения проблем, помогающие приобрести более эффективные навыки разрешения возникающих затруднений, что позволяет пациентам успешнее взаимодействовать с миром.

Специалисты по РЭТ стремятся использовать все четыре варианта когнитивно-обучающей терапии. Итак, мы переходим к краткому описанию оставшихся трех вариантов, которых мы пока не касались. Мы не имеем возможности остановиться на всех существующих вариантах когнитивно-обучающей терапии, мы выбрали из них самые важные.

ТРЕНИРОВКА САМОПОДДЕРЖКИ

Некоторые пациенты не понимают значения дискуссий. Вот некоторые причины этого: пациент слишком молод, имеет ограниченный интеллект, охвачен тревогой, не умеет четко мыслить, страдает психотическим заболеванием. Иначе говоря, в таких случаях психотерапевт не сможет привести пациента к изящному решению проблем. Причины таких неудач не всегда очевидны; часто не удается определить противопоказания для данного лечения. Когда РЭТ не дает ожидаемого результата или когда можно заранее предсказать неудачу, можно в качестве альтернативы предложить пациенту тренировку самоподдержки.

Тренировку самоподдержки разработал Дональд Мейхенбаум (1977) когда занимался страхами экзаменов и публичных выступлений. Тренировку самоподдержки использовали также Новако (1975) для контроля гнева, Камп (1975) при работе с агрессивными детьми и Маултсби (1975) при отработке рационального поведения. Сначала пациента просят представить травмирующую ситуацию и почувствовать эмоциональную реакцию на ситуацию, а затем сказать себе заранее подготовленные рациональные самоутверждения. В своем руководстве для врачей (1973) Мейхенбаум выделил три типа противострессовых утверждений:

1. Противостояние и совладание со стрессором. Утверждения этого типа помогают пациенту сосредоточиться на задании, а не на тревоге. Принцип действия этих утверждений заключается в том, что мысли, направленные на выполнение заданий, будут несовместимы с мыслями, провоцирующими тревогу. Например:

Что мне следует делать? Просто разумно думать.

Не волнуйся; волнение ни чем не поможет.

Я не уверен, как лучше это делать. Я просто начну делать и, может быть, тогда мне станет понятнее.

2. Преодоление ощущения чрезмерной тревоги. Эти утверждения помогают пациентам справиться с тревогой и по-другому к ней относиться. В этих фразах утверждается мнение, что тревога не является чем-то ужасным. Например:

Не старайся полностью избавиться от тревоги; пусть она будет на контролируемом уровне.

Я ожидал эту тревогу. Она напоминает мне, как я умею с ней справляться.

Успокойся немного. Не спеши и не начинай паниковать.

Я буду оценивать свою тревогу по десятибалльной шкале и отмечать ее изменения. При этом я лучше контролирую себя.

3. Подбадривающие утверждения. Поскольку вся работа происходит внутри пациента и окружающие не могут похвалить его за успехи в повышении уровня самоконтроля, данные предложения имеют большое значение для повышения уверенности в себе. Примеры:

Это помогает. Я могу контролировать свои эмоции. Я справился с этим!

Я управляю собой. Я преувеличивал свои страхи. Мне становится лучше с каждой тренировкой.

Один из вариантов тренировки самоподдержки проводится следующим образом. Сначала пациенты осваивают технику релаксации. По ходу овладения навыками релаксации пациент и врач составляют иерархический список провоцирующих тревогу ситуаций, от самых безобидных до самых угрожающих. Например, для студента со страхом экзаменов самой легкой ситуацией может быть информация преподавателя, что через две недели будет экзамен. Самой серьезной ситуацией в этом списке может быть момент, когда "находишься в коридоре и видишь, как другие студенты после сдачи экзамена выходят из аудитории." Обычно в список включается десять ситуаций. В качестве критериев, по которым ранжируют ситуации, используют расстояние, время или содержание ситуаций. В состоянии релаксации пациент представляет сначала самую легкую ситуацию и произносит сначала вслух, а затем про себя, фразы самоподдержки всех трех типов. Когда пациент научился контролировать себя в данной ситуации, он переходит к следующей ситуации в списке. Терапия заканчивается работой над самой серьезной ситуацией.

Техника самоподдерживающих фраз не позволяет пациенту подойти к философскому пониманию своей проблемы, поэтому маловероятно, что достигнутое изменение поведения будет автоматически происходить и в других проблемных ситуациях. Пациент приобретает лишь специфическую форму реагирования в конкретной ситуации. Эти техники заимствованы из поведенческой терапии. В приемах Мейхенбаума

мышлению и логическому анализу уделяется меньше внимание, чем в РЭТ. Их применяют одинаково при скрытых внутренних проблемах и при проблемах, связанных с влиянием внешней среды.

Клиническое наблюдение: Хелен - двадцатилетняя женщина с избыточным весом, избегающая любых контактов с мужчинами. У нее было трудное детство. Ее отец был алкоголиком, в возрасте четырнадцатью лет ее изнасиловал незнакомец. Начальное применение РЭТ помогло ей уменьшить подавленность и чувство вины по поводу изнасилования. Но ее страх, возникавший в присутствии мужчин, оставался неизменным. Совместно с пациенткой был составлен иерархический список страхов. В этом списке наименее травматичной ситуацией была следующая: она одна прогуливается по пустынному берегу моря и видит мужчину на расстоянии 200 метров. В следующих по списку ситуациях мужчина представлялся ближе и ближе. Наиболее устрашающей была такая ситуация: она сидит в кафе и разговаривает с мужчиной. После овладения релаксационным тренингом пациентка представляла каждую ситуацию согласно составленному списку и говорила себе в состоянии релаксации следующие фразы самоподдержки: "Маловероятно, что этот мужчина может обидеть меня. Я опять преувеличиваю. Не все мужчины одинаковы. Попробуй расслабиться; наслаждайся прогулкой (или ланчем). Как мне лучше представить себя при знакомстве с ним? У меня все идет хорошо. Я себя контролирую, это здорово." Через пять сеансов пациентка могла сидеть в кафе за столиком с женщиной, испытывая при этом минимальное волнение.

Попробуйте придумать фразы самоподдержки, используя все три типа утверждений Мейхенбаума, для пациентов со следующими проблемами:

Взаимоотношения с любящим спорить супругом.

Ребенок боится спать один в темноте.

Мужчина боится, что не сможет удовлетворить свою партнершу.

Пациент боится возразить врачу.

Проблема пациента, которого вы сейчас лечите.

Ответы даны на стр. 422

Один из вариантов метода Мейхенбаума, применяемый в РЭТ, известен как "рациональная колкость" (1976); психотерапевт преднамеренно старается воссоздать пациенту его специфические Активирующие события. Например, рассмотрим случай девочки, расстраивающейся когда сверстники дают ей прозвища и дразнят. Психотерапевт просит ее использовать эти прозвища при обращении к врачу и показывает, как он применяет защитные фразы самоподдержки и демонстрирует отсутствие эмоциональной реакции на прозвища. Затем они меняются ролями, врач дает ей прозвище или высказывает колкое замечание, а девочка отрабатывает рациональные реакции ("Вы можете думать, что у меня четыре глаза, но я от этого не становлюсь хуже").

ПРОДОЛЖЕНИЕ РАБОТЫ НАД "А"

Если пациенты оценили значение дискуссии и извлекли из нее пользу, но считают, что у них остается много неприятных Активирующих событий (что может быть реальностью), то лечебная работа еще не закончена. Пациенты на данном этапе могут испытывать грусть (а не депрессию), раздражение (а не злость), обеспокоенность (а не тревогу) на протяжении значительной части времени. В таких случаях, хотя пациенты мыслят рационально и испытывают адекватные эмоции, определенные стороны их жизни остаются неприятными и заслуживают психологического вмешательства. Психотерапевту предстоит заняться двумя вопросами: (1) помочь пациентам оценить точность их восприятия А и (2) помочь им создать предпосылки для изменения тех А, которые можно изменить.

ВОСПРИЯТИЕ "А"

Описывая различия между изящным и не изящным решениями (см. главу 3), мы приводили пример мужчины, считающего, что на работе его все ненавидят. Используя изящное решение, мы делали допущение, что он правильно воспринимает А, и пытались изменить его отношение к ситуации. Однако, даже если дискуссия была успешной, у пациента остался бы неприятный осадок на душе и он, вне сомнения, чувствовал бы себя на работе неуютно. Эти негативные эмоциональные проявления связаны с ошибочным восприятием ситуации, поэтому было бы желательно применить другие приемы для коррекции ошибочного восприятия. В связи с этим дополнительной задачей РЭТ является помощь пациентам в приобретении навыков научного мышления с более строгой оценкой фактов и умением сделать правильные выводы на основе имеющихся данных.

Некоторые психологи, такие как Келли (Kelly, 1955), Уигнер и Валлачер (1977) считают, что мы, человеческие существа, в своем подходе к окружающему миру действуем как ученые, хотя можем не

осознавать это. Науку интересует классификация, прогноз и контроль над физическим миром и социальным окружением. Все люди интересуются тем же самым, но не всегда знают, как можно стать хорошим ученым. Без специальных навыков мы можем легко впасть в привычную ошибку поверхностного наблюдения, неточной классификации, ошибочного предсказания и неуместных попыток контроля. Эти ошибки могут вести к тем самым проблемам, которые заставляют пациентов обращаться к психотерапевту. Если рассматривать психотерапию концептуально, то роль психотерапевта можно представить в виде учителя научной методологии.

Согласно одной из основных философских аксиом науки непреложные факты не существуют; любые факты следует рассматривать как гипотезы. В соответствии с логикой науки гипотеза никогда не может быть доказана; данные, которые не могут опровергнуть гипотезу, поддерживают ее, но никогда не доказывают. Ученые хорошо понимают, что даже многократно повторяющиеся события происходят в изменяющемся мире; итак, даже научные "законы" будут правильно оценивать как временные и подлежащие пересмотру. Поэтому ученые внутренне готовы к изменению точки зрения с тем, чтобы привести свои мысли и поведение в соответствие к изменяющейся действительности (Го́лцоп, 1946). А сейчас давайте посмотрим, как эти принципы применяются в терапии.

Одна из первых задач психотерапевта - научить пациентов проводить различие между фактами и гипотезами. Вновь вернемся к нашему пациенту, считающему что на работе все его ненавидят. В работе с ним мы сначала подвергли бы критике его мнение, что нелюбовь окружающих является несомненным фактом; этот "факт" является просто гипотезой. Если пациент соглашается с критикой, то он должен провести проверку этой гипотезы с помощью сбора данных и критичной оценки их.

Точно такой же подход используют в когнитивной терапии Рэйми (1975), Молтсби (1975) и Бек (Веск, 1976). Итак, психотерапевт и пациент исследуют два основных вида когнитивных ошибок: ошибки в сборе данных и ошибочные выводы.

Хороший ученый наблюдает и собирает данные беспристрастно, сообщая о своих наблюдениях объективно и точно. Поэтому ученому очень важно пользоваться точным языком. В нашем примере мы попросили бы пациента привести данные в пользу гипотезы о том, что его никто не любит, и врач внимательно бы слушал его доводы. Откуда пациент знает, что никто его не любит? На такой вопрос пациенты обычно перечисляют имена людей, кто их не любит по мнению пациентов. Это, конечно же, не объективные данные, а произвольные оценки. Поэтому вопрос следует повторить: "Откуда Вы знаете, что этот или другой человек Вас не любит?" Другими словами, психотерапевт старается побудить пациента высказывать объективные данные до того, как давать им оценку.

Бек (1976,1978) выделил два основных способа искажения пациентами объективных данных:

избирательное абстрагирование и преувеличение/преуменьшение. Избирательное абстрагирование "заключается в фокусировке на вырванной из контекста детали, при игнорировании более существенных особенностей ситуации и концептуальном обобщении целого, сделанном на основе этой детали" (1978, р. 7). Преувеличение/преуменьшение "отражается в ошибочных оценках, столь значительных, что они вызывают сильные искажения" (стр. 8). В обоих вариантах когнитивных ошибок пациенты игнорируют определенные характеристики окружающего мира и поэтому собирают тенденциозную информацию. При избирательном абстрагировании пациенты сосредотачиваются на какой-то одной группе данных и игнорируют другие группы; при преувеличении/преуменьшении пациенты игнорируют часть информации внутри самой группы.

Например, наш пациент, возможно, избирательно обращает внимание только на определенные проявления поведения его сослуживцев; возможно он не замечает их приветствий, невербальных знаков одобрения во время делового общения, не замечает их желания посоветоваться с ним время от времени. Он может не принимать во внимание эти данные поскольку они не соответствуют его гипотезе. Кроме того, пациент вероятно преувеличивает, когда заявляет, что его никогда не приглашают пойти пообедать; вполне возможно, что за прошедшие полгода его приглашали один или два раза. Такие заявления, как "Они всегда избегают меня" указывают на преувеличение.

Если вам нужно научить пациента более тщательно собирать данные, какие техники лучше для этого использовать? Во-первых, нужно убедить пациента избегать избирательного абстрагирования, важно

собирать информацию во всей ее полноте (в том числе обращать внимание на приветствия сослуживцев, разговоры с ними, интонации голоса его коллег, выражение глаз и т.д.). Во-вторых, пациенту следует аккуратно записывать в записную книжку происходящие события, тогда он сможет избежать преувеличения/преуменьшения.

Если пациент придет на сеанс с такими записями, то он может сообщить, например, что четыре сослуживца хорошо откликаются на его взгляд, а два человека нет; с тремя коллегами он разговаривал мало, а с тремя другими побольше; и один раз на прошлой неделе его пригласили пойти пообедать. Располагая такими данными, пациент, возможно, уже отказался от своей гипотезы, что никто его не любит. Но если он все еще верит в это, то он допускает логические ошибки при формулировке выводов, построенных на этих данных.

Если у пациента низкий уровень социальных контактов, в качестве возможного объяснения этого можно предложить много гипотез. Например, пациент на работе может быть малообщительным, а сослуживцы могут думать, что он их не любит. Другое возможное объяснение его малообщительности заключается в положении пациента на службе, предполагающем проявление инициативы в общении от других людей, например в силу разного служебного статуса. Следующая гипотеза касается принятых норм минимальных контактов на службе из-за загруженности работой или в связи с распоряжением администрации. Возможно, поведение сослуживцев в большей мере определяется их поглощенностью собственными проблемами, чем их отношением к пациенту. Иначе говоря, психотерапевт может предложить пациенту рассмотреть целый ряд альтернативных гипотез на их соответствие объективным данным. Очень важно также помочь пациенту развить в себе привычку самостоятельно формулировать гипотезы.

Бек выделил три варианта ошибок, которые допускают пациенты, когда делают выводы на основе имеющейся информации, все они являются ошибками в индуктивной логике. Индукция - это сложный процесс, поскольку для того, чтобы дать точную оценку явлению необходимо исследовать каждый конкретный случай того явления, о котором вы собираетесь сделать выводы. Например, если вы выдвинули гипотезу, что все маленькие красные курицы имеют высокий интеллект, то согласно логике необходимо измерить интеллект каждой маленькой красной курицы в отдельности. Поскольку такую задачу выполнить, по меньшей мере, крайне сложно, индуктивные выводы строятся обычно на выборочном исследовании со статистической обработкой, с допущением определенной степени вероятности, поэтому такие выводы не могут быть окончательными. Пациенты, однако, редко следуют этим канонам науки.

Бек выделяет следующие три варианта ошибок при формулировке выводов:

1. Произвольный вывод: ситуация, когда вывод делается при отсутствии данных в пользу гипотезы или при наличии свидетельств против нее.
2. Чрезмерное обобщение: склонность делать общие выводы на основе единичных случаев.
3. Персонализация: тенденция привязывать к себе внешние события, когда объективно такой связи нет.

Читатель легко заметит, что наш пациент допускал эти логические ошибки, когда оценивал поведение своих сослуживцев.

Психотерапевт может научить пациента рассматривать свои суждения в качестве гипотезы для проверки, если сам врач будет моделировать такое поведение. Бек (1978) советует психотерапевтам самим предлагать собственные интерпретации поведения пациентов в качестве гипотез, которые пациент должен проверить. Например, в нашем случае врач высказал предположение, что пациент делает вывод ("меня никто не любит") в тот момент, когда по какой-то причине срываются социальные контакты. Эта гипотеза далее проверяется самим пациентом; он записывает в блокнот, как часто он делает такой вывод, находясь в обозначенной врачом ситуации. Итак, гипотеза врача подвергается проверке, в той же манере пациент проверяет и собственные выводы. Суть этой процедуры заключается в том, чтобы научить пациента объективно проверять свое восприятие А и делать это намного более строго, чем раньше.

Итак, мы описали две основные процедуры: (1) обучение пациентов объективному сбору информации и аккуратной оценке данных в повседневной жизни, (2) обучение пациентов критически анализировать поспешные выводы. Первая процедура позволяет проверить, верно ли пациент воспринимает А или допускает когнитивные искажения Активирующего события. Рассмотрим несколько примеров, связанных с негативным отношением пациентов к себе:

Пациентка по имени Георгина сообщает, что ведет себя очень эгоистично. Прежде всего было бы разумно выяснить, что же она делает на самом деле. Полезно попросить пациентку дать ее определение понятию "эгоистичность" и провести разграничение с понятием "собственные интересы". Можно подчеркнуть ей, что эгоистичность означает полное неуважение к окружающим, в то же время когда человек отстаивает свои интересы он просто ставит себя первым и может этим причинить лишь незначительные временные неудобства окружающим. Понимание этих различий

помогает пациентам более внимательно исследовать свое восприятие А (в данном случае свое собственное поведение) и определять, правильно ли они оценивают ситуацию.

Пациент по имени Билл, работающий в художественном отделе большого рекламного агентства в Нью-Йорке, жалуется: "Я не способен быстро и остроумно реагировать на реплики собеседника». Правильно ли это утверждение? Если да, то его недостаток может быть врожденным или приобретенным. Также возможно, что он считает этот недостаток ужасным и испытывает тревогу, чем блокирует свои остроумные ответы.

Однако, более вероятно, что пациент ошибочно воспринимает ситуацию. Он по остроумию может быть выше среднего уровня и может не замечать это потому, что сравнивает себя с группой одаренных людей, профессионально занимающихся рекламой в Нью-Йорке и обеспечивающих свое благосостояние этим специфическим умением общаться.

Пациент по имени Рон сообщает, что когда его критиковали, он воспринимал субъективные мнения как достоверные факты. При обсуждении данной ситуации нужно определить: (1) были ли чьи-то замечания действительно критическими, (2) были ли эти замечания справедливыми. Что касается первого вопроса, пациент может заявить, что кто-то его оскорбил; психотерапевт может отреагировать вопросами: "Что произошло на самом деле?" и "Почему это является оскорблением?" Для выявления степени справедливости критики можно использовать следующую аналогию:

"Представьте, что малыш подходит к матери в шесть часов вечера, хнычет и просит конфеты, но мать отвечает отказом. В ответ ребенок падает на пол и кричит: "Ты плохая мать ... ты жадная ... ты дура!" Это Активирующее событие. Вы думаете мать поступила плохо? Скорее всего нет, потому что ей лучше знать. На самом деле она вела себя как хорошая мать и ограничивала сладости, чтобы сохранить зубы ребенка, к тому же она отказала ребенку перед ужином с тем, чтобы не перебивать его аппетит. А теперь давайте посмотрим, есть ли смысл в том, что Вам сказал Х?

Вторая процедура, заключающаяся в обсуждении того, как пациент делает выводы на основе имеющихся у него данных, удачнее всего выполняется с помощью сократического диалога. Еще в 1946 году Уэнделл Джонсон в своей работе по семантической терапии выделил два важных для врача вопроса: (1) "Что Вы имеете в виду?" и (2) "Откуда Вы знаете?" Эти вопросы вы встретите в следующем отрывке сеанса, где пациенткой является молодая женщина, которая в навязчивой форме ревнует мужа:

В: Следует ли из того, что они вместе пообедали, что у них роман?

П: Нет.

В: Невозможно вцепиться в любимого человека и не выпускать его, чтобы он не мог получить некоторое удовольствие от невинного общения с противоположным полом.

П: Но я хочу надеяться, что у него нет связи на стороне!

В: Хорошо, но если Вы будете подозревать его каждый раз, когда он с кем-то разговаривает, что будет происходить с Вами? Вы все время будете напряжены и насторожены, разве не так?

П: Да, думаю, что да.

В: Однако мы не можем исключить случайную связь. Что означает одна случайная сексуальная связь?

П: Что он больше меня не любит.

В: Разве? Если я скажу "голубой значит зеленый", будет ли это так на самом деле?

П: Но если у него есть связь, это значит, что я его не устраиваю.

В: Нет, это только ваше восприятие ситуации и ваши оценки. То, что Вы так считаете, не означает, что это является истиной. Вы считаете, что человек (1) может одновременно любить только одного человека, (2) может заниматься сексом только с теми, кого любит, (3) перестает любить близкого человека после измены. Все эти суждения - это только ваше мнение.

П: Это могло бы означать, что он не уважает меня, если игнорирует мое желание не иметь побочных связей.

В: Правильно. Это могло также означать, что он считает, что может выйти сухим из воды!

П: Но я хочу чтобы он был только моим.

В: Я хочу того же в отношении своей половины. Но не исключено, что это невозможно. Однако это вовсе не означает, что мы не можем насладиться супружеской жизнью.

П: Но если он изменяет, я буду очень переживать.

В: Я думаю Вы действительно будете расстроены, но обязаны ли Вы на самом деле так переживать?

П: Я не хочу чтобы он изменял!

В: Вы не ответили на мой вопрос.

П: Я не обязана переживать очень сильно, но до сих пор я это делаю.

В: Как Вы думаете, что произошло бы, если бы Вы не переживали так сильно?

П: Возможно он не был бы так осторожен и не делал бы то, что я хочу чтобы он делал.

В: Это как?

П: Он не станет пользоваться любой возможностью, он знает, я буду очень переживать.

В: Откуда Вы это знаете?

П: Он серьезно ко мне относится, потому что знает, я буду очень переживать.

В: Вы повторяете свое мнение, но Вы так и не ответили, откуда Вы это знаете. У Вас уже есть опыт?

П: Нет. Но я не хочу чтобы он изменял.

В: Из того, что Вы мне рассказали, я понял, что Вы расстраиваетесь почти все время. Вы расстраиваетесь во многом из-за тех необоснованных суждений, которые мы перечислили. Давайте вернемся к ним сейчас и детально обсудим.

Многие рациональные психотерапевты используют изложенные нами выше приемы, возможно, не осознавая, что они работают в той же манере, что и Бек, Джонсон и другие. Мы надеемся, что эти описания помогут достаточно опытным врачам лучше осознать то, что они делают, а начинающим психотерапевтам помогут разобраться, каким способом лучше всего выяснить восприятие пациентом А. Мы хотим отметить, что приемы коррекции ошибочного восприятия А также используются для обсуждения иррациональных суждений. В частности, мы задаем пациенту один вопрос в различных вариациях: "Где доказательства правоты вашего мнения?"

ИЗМЕНЕНИЕ "А"

Когда вы помогли пациенту исследовать точность его восприятия А, становится ясно, что А редко бывает только черным или только белым. Абсолютистские гипотезы (всегда, никогда, каждый, никто и т.д.) подтверждаются редко. Пациент может обнаружить, что хотя он нравится некоторым сослуживцам, но таких людей меньше, чем ему хотелось бы. В таком случае может потребоваться психологическая помощь. Правильно поступают те психотерапевты, которые помогают пациентам изменить А, когда это представляется возможным. Большое внимание уделяет этому Эллис, в групповых сеансах он значительную часть времени использует для обучения пациентов социальным навыкам и навыкам выживания. Изменить А можно двумя основными путями: (1) изменение окружающей обстановки, в которой находится пациент и (2) изменение личностных черт пациента.

Изменение мира. В реальной жизни пациенты часто сталкиваются с неблагоприятными обстоятельствами, которые можно изменить. Это могут быть серьезные финансовые и правовые затруднения, проблемы с карьерой, здоровьем, образованием, сложные отношения с родителями мужа или жены, супружеские и семейные сложности. Во всех этих случаях специалист по РЭТ решает две задачи: сообщает пациентам необходимую информацию и, что более важно, обучает их навыкам решения проблем.

Для начала пациентов следует научить разбираться, исчерпали ли они собственные возможности решения проблем и не лучше ли получить консультацию специалиста. Некоторые пациенты не умеют обращаться за советом, они даже не подозревают, что существуют соответствующие службы. Мы советуем психотерапевтам иметь списки специалистов в различных областях (медицина, право, финансы и т.д.), чтобы при необходимости предложить пациенту проконсультироваться.

Что касается навыков решения проблем, то мы хотим выделить три важных положения, которые помогут пациентам лучше ориентироваться в этих вопросах:

1. Пациенты не беспомощны; они почти всегда могут что-то предпринять для изменения ситуации. Как мы отмечали раньше, рациональный стиль жизни не предполагает пассивное принятие неблагоприятной или нежелательной ситуации и, конечно, не означает одобрения их. Если невозможно полностью изменить неблагоприятную ситуацию, то, по крайней мере, можно изменить ее частично. Например, хотя пациенты не могут устранить загрязнение воздуха на Манхэттене, они могут переехать в другое место. Возможно, они никогда не смогут изменить несносное поведение тещи или свекрови, но они могут, по крайней мере, меньше контактировать с ними.
2. Пациентам полезно понять, что во многих случаях за небольшой промежуток времени могут произойти лишь ограниченные изменения. Нереалистичные ожидания и драматизация, когда эти ожидания не сбываются, могут наносить вред здоровью.
3. Пациентам полезно помнить, что идеальные решения не существуют, есть лишь лучшие и худшие альтернативы.

Многие из трудных А, о которых сообщают пациенты, представляют собой конфликты, например конфликты выбора пути, конфликты избегания или их сочетание. При тренировке решения конфликтов используются многие элементы РЭТ. Затруднения пациентов в решении конфликтов объясняются отчасти нежеланием рисковать, требованием определенности и предвидения будущего, драматизацией ошибочных решений. Эти затруднения преодолеваются путем обсуждения ИС пациента. Когда пациент усвоит, что идеальных решений не существует, что никто не может дать гарантий предполагаемого результата и что не так страшно на самом деле ошибиться, тем не менее ему, возможно, все еще будет не хватать умения вести по выражению Эллиса гедонистское исчисление.

Гедонистское исчисление - это любопытный способ принятия разумного решения с учетом всех

существенных факторов и определением их относительного значения, с оценкой вероятности непосредственных и отдаленных последствий и взвешиванием всех "за" и "против", с последующими уверенными действиями после принятия хорошо взвешенного решения. Каждый из перечисленных шагов может включать дискуссию между пациентом и психотерапевтом, пациентом и соответствующим специалистом, между пациентом и людьми, имеющими отношение к данной проблеме.

Например, разведенная женщина с двумя детьми собирается повторно выйти замуж за человека, проживающего в другом городе на расстоянии в несколько сотен километров. Предполагаемый супруг много работает несмотря на слабое здоровье. Этот брак может повлечь за собой изменение места жительства пациентки, потерю постоянной работы, перевод детей в новую школу. Эти неблагоприятные факторы уравниваются ее чувствами к нему, их общими профессиональными интересами, сексуальной совместимостью и его прекрасными отношениями с ее детьми. При выполнении гедонистского исчисления она обсуждала с психотерапевтом сравнительную вероятность различных последствий, таких, как влияние нового замужества на детей, степень ответственности супруга в браке, стабильность их отношений и т.д. С врачом-терапевтом она обсудила проблему здоровья ее возлюбленного, в беседе с детьми она выяснила их отношение к предполагаемому союзу, с коллегами она обсудила свои перспективы устройства на хорошо оплачиваемую работу на новом месте. Когда вся информация была собрана, она и психотерапевт непосредственно занялись гедонистским исчислением и стало ясно, что риск вступления в новую жизнь оправдывается возможностью обретения счастья.

Пациентов можно научить достигать желаемых изменений поведения и делать свой мир ярче с помощью бихевиориального принципа сопряженности. С помощью этого поведенческого подхода можно разрешить многие затруднения в межличностных отношениях, сформировать новое поведение и избавиться от нежелательного поведения. Родители могут уменьшить конфликты с детьми, дети могут легче находить общий язык с родителями, учителями, братьями и сестрами. Другими словами, умение создать систему подкрепления может быть полезным пациентам в любом возрасте и при любых межличностных конфликтах. Если читатель не знаком с основами бихевиориальной терапии, мы рекомендуем обратиться к соответствующей литературе.

Ниже мы даем пример использования в РЭТ поведенческой техники (что является совершенно обычным явлением, так как РЭТ представляет собой единство когнитивных, эмоциональных и поведенческих приемов). В данном случае пациенткой была молодая мать троих детей, которая недавно разошлась с мужем. Она жаловалась на депрессию, чувство вины в связи с распадом семьи и возможным негативным влиянием развода на детей, на нарастание раздражения по отношению к детям, поскольку они начинали вести себя все хуже. Когда психотерапевт стал обсуждать с пациенткой ее стиль воспитания детей, оказалось, что, в то время как она была заботливой матерью и с теплотой относилась к детям, она стала избегать наказания их за плохое поведение. Это объяснялось ее попытками избегания чувства вины. В свою очередь чувство вины у нее возникло в результате иррациональных суждений. Например, она была полностью убеждена, что должна давать детям любовь вдвойне, компенсируя отсутствие отца детей. Согласно ее определению любви она не должна была высказывать неодобрение по поводу поведения детей и, само собой разумеется, не должна была кричать или наказывать их. Как можно было ожидать, дети стали больше и больше отбиваться от рук, пока не довели ее до белого каления. Она потеряла контроль над собой и тут же стала винить себя в том, что стала "злой ведьмой". Она терзалась тем, что, по ее мнению, ей не нужно было разводиться и что она плохая мать; она наказывала себя вместо того, чтобы приструнить детей.

Мы помогли ей разобраться в определении таких понятий, как "любовь", "наказание", "воспитание"; ей

скоро стало ясно, что хорошее воспитание включает не только демонстрацию своих чувств, но и справедливые наказания. В конечном счете это в интересах детей испытать временный дискомфорт ради того, чтобы хорошо усвоить важные жизненные уроки. В конце концов, было бы действительно важно немедленно наказать ребенка за то, что он невнимательно переходит улицу, не обращая внимания на движение. Подобно этому, обучение социальным нормам иногда требует твердой руки. Любовь к ребенку проявляется и в том, что родители берут на себя ответственность и смелость пресекать неправильное поведение ребенка, быстро реагировать на те или иные поступки и помогать ребенку исправиться. Когда

пациентка согласилась с таким подходом к воспитанию, с помощью врача она согласовала с детьми распределение обязанностей в семье, была предусмотрена также система поощрений и наказаний за те или иные поступки. Если раньше карманные деньги она давала детям как подачку, то теперь размер суммы стал зависеть от их поведения. В качестве наказания вводилось лишение возможности смотреть телевизор на определенное количество часов. Однако, несмотря на когнитивную переработку ситуации, мать оставалась "мягкосердечной" и чувствовала себя неудобно, когда наказывала детей на длительное время. Поэтому в ее договор с детьми была внесена поправка, позволявшая детям сокращать продолжительность наказания с помощью хорошего поведения, такого как дополнительная работа по дому или оказание услуг кому-либо.

Таким образом, работа по изменению А, предполагающая изменение окружающей обстановки пациента, может проводиться в двух направлениях: (1) обучение пациента навыкам решения проблем, включая сбор информации, взвешивание возможных последствий, выбор способа действий; (2) предоставление пациенту необходимой информации, например о том, как пользоваться оперантным обуславливанием для изменения поведения окружающих (в нашем случае это система поощрений и наказания детей). Другой важный аспект изменения А заключается в изменении поведения пациента с тем, чтобы окружающие иначе реагировали на него. Мы переходим сейчас к изложению этого подхода.

Изменение пациента. Если ваши пациенты имеют скромные успехи в каких-то делах и начинают презирать себя за неудачи, то, как мы уже отмечали, психотерапевту в первую очередь нужно заострить внимание пациентов на их самоуничижительном отношении к себе и поработать над этой проблемой. Однако, если на этом лечение закончить, пациент может хорошо научиться принимать себя, но может оставаться по выражению Голдфрида и Дэвисона (1976) "расслабленным неумельцем". Врач может задать себе вопрос: "Прилагает ли мой пациент серьезные усилия и обладает ли он необходимыми навыками, чтобы улучшить результат своей деятельности?" Сейчас мы рассмотрим, каких навыков часто не хватает пациентам для достижения поставленных целей.

В первую очередь следует отметить дефицит навыков решения социальных проблем. Хотя многие

исследователи и психотерапевты работали в этой области, мы хотим остановиться на работе Спивака, Платта

и Шура из медицинского центра Ганеманна. Их исследования показали, что не существует корреляции

между способностями людей решать межличностные проблемы и способностями решать житейские

проблемы (как в представленном выше случае). Например, человек может быть блестящим

физиком-исследователем и при этом может быть неспособен решить проблему взаимоотношений со своей

секретаршей. Способности решать социальные проблемы не коррелируют с интеллектуальным уровнем, но

установлена их корреляционная связь с некоторыми психопатологическими проявлениями и плохой

социальной адаптацией. Тем не менее недостаток навыков решения социальных проблем может

обнаружиться даже в тех случаях, когда отсутствует выраженный эмоциональный дистресс. Пациенты могут

не расстраиваться по поводу своего поведения, но могут продолжать вести себя неприемлемо с точки зрения

социального окружения или совершать поступки, ведущие к поражению.

Спивак описывает случай с ребенком, побудивший его заняться изучением роли навыков решения социальных проблем в возникновении нарушений поведения. В то время Спивак работал психологом в местной детской клинике. Однажды один из его маленьких пациентов самовольно покинул клинику поздно вечером и ушел в город. Когда это выяснилось, Спивака вызвали в клинику для организации поиска ребенка. С помощью полиции ребенка нашли в 11 часов вечера, идущим вдоль железной дороги в направлении центра города. На следующий день Спивак пытался выяснить у ребенка мотивы его ухода. Как у хорошего психолога-аналитика у него было несколько гипотез такого странного поведения ребенка. Возможно мальчик

был мазохистом и хотел получить наказание за свой проступок. Он мог также быть сильно рассерженным на персонал. Собирая информацию для проверки своих предположений, Спивак задал ребенку много вопросов о его поступке. Мальчик сообщил, что он отправился в центр города за покупкой одной вещички, приглянувшейся ему в одном из магазинов. Психотерапевт спросил, неужели он не осознавал, что ночью магазин будет закрыт? Мальчик ответил, что он не думал об этом. Разве он не понимал, что нарушает распорядок? Мальчик вновь ответил, что он не думал об этом. Разве он не осознавал последствия своего проступка - персонал будет сердит на него и он будет наказан? И вновь мальчик ответил, что он не думал об этом. Разве он не понимал, что есть другие способы приобрести желанную вещь? Опять последовал ответ, что он не думал об этом. В этот момент Спивак испытал глубокий инсайт. Получалось так, что его гипотезы о поведении ребенка были ошибочными, объяснение ребенка было верным. Разве не могло быть так, что вместо неуловимой мазохистской мотивации ребенок просто не думал? Эта более простая гипотеза в конечном итоге побудила Спивака и его коллег провести большое исследование когнитивных факторов в структуре навыков решения проблем.

В результате этих исследований авторы выделили несколько иерархически расположенных когнитивных этапов решения социальных проблем, отсутствие которых может вести к психопатологии. Предварительным этапом, безусловно, является умение распознать существование социальной проблемы, когда двое или больше людей вовлечены в конфликт. На этом предварительном этапе требуется умение оценить эмоции других людей по их высказываниям и невербальной информации. Для успешного решения социальных конфликтов требуется еще ряд навыков, в частности, способность в нужный момент остановиться и задуматься (например, "Хорошо, это действительно проблема, что я могу предпринять в этой ситуации?"). Другим важным навыком является умение отличать факты от мнений. Факт - это феномен, существование которого можно доказать или могут подтвердить большинство свидетелей, наблюдавших это явление. И, наконец, еще один навык - умение понять, что люди имеют различное мнение даже в отношении одних и тех же фактов.

Когда проблема распознана, первый этап решения конфликта заключается в альтернативном мышлении, состоящем в умении предложить несколько возможных решений социального конфликта. Чем больше альтернативных решений способен предложить пациент, тем более вероятно его адаптивное поведение. Рассмотрим пример ребенка, который видит другого ребенка, играющего именно с той игрушкой, с которой ему хотелось бы играть самому; это социальная проблема. Исследование Спивака показало, что хорошо социально адаптированный ребенок может придумать много альтернативных подходов к решению данной проблемы; например, можно (1) попросить игрушку, (2) обменяться игрушками, (3) ударить ребенка и отобрать игрушку, (4) попросить дать игрушку, когда другой ребенок закончит играть с ней, (5) поиграть с другой игрушкой и т.д. Ребенок с неразвитыми навыками решения социальных конфликтов скорее всего попытается просто отобрать игрушку и другие возможные решения ему не придут в голову. Он не научен навыкам создания альтернатив. Не следует обольщаться, что если вы выявили иррациональные суждения, то уже это позволяет надеяться на более адекватное поведение пациентов. Данные Спивака подвергают сомнению это предположение и подчеркивают, насколько важно пациентам иметь навыки альтернативного мышления и практиковаться в этом. Этот навык имеет сходство с тем, что называют "мозговой атакой". Психотерапевт призывает пациента предложить как можно больше вариантов поведения, не подвергая их цензуре и оценке. На этой стадии принимаются к рассмотрению любые предложения - безумные, глупые, непрактичные, неидеальные и т.д.

Второй этап в иерархии решения проблем называется обдумыванием последствий. Речь идет о способности предвидеть последствия своего поведения, в частности, его влияние на окружающих. Положительно или отрицательно отнесется к этому другой человек? Как будут чувствовать себя остальные? Будет ли кто-либо сердиться? Встретит ли такое поведение поддержку? Поможет ли такое поведение добиться цели? Итак, обдумывание последствий включает предварительные выводы о реакции окружающих на то или иное поведение. Психотерапевт знакомит пациента с бихевиориальными принципами, что позволяет пациенту более точно прогнозировать последствия. Например, рассмотрим случай матери, пытающейся определить, как ей лучше реагировать на привычку ее сына к постоянному нытью. Она придумала несколько вариантов поведения, среди них была мысль просто игнорировать ребенка в те моменты, когда он хнычет, т.е. она могла использовать бихевиориальный принцип затухания. Каковы могли бы быть последствия в этом случае? Литература по оперантному затуханию четко указывает, что немедленным эффектом этой процедуры может быть первоначальное усиление именно того поведения ее сына, которое ей не нравится. Дополнительная сложность заключается в том, что, возможно, матери не удастся быть последовательной в ее действиях и время от времени она будет подходить к сыну, когда он хнычет. Было бы очень важно подчеркнуть матери, что такое перемежающееся подкрепление сделает нежелательное поведение ребенка значительно более устойчивым; то есть проблема станет более сложной. Итак, на стадии обдумывания последствий пациенты взвешивают все "за" и "против" в отношении каждого выдвинутого прежде варианта поведения.

После того, как пациент оценил все альтернативы и выбрал одну, имеющую самую высокую вероятность успеха, наступает следующий этап - обдумывание способов реализации плана. Пациент анализирует последовательность событий, которые будут происходить, когда он начнет действовать по выбранному плану, и продумывает шаг за шагом свои действия, необходимые для достижения цели. В приведенном выше случае мать будет мысленно повторять свои действия в реализации плана затухания нежелательного поведения ребенка, в частности, ей нужно продумать свое поведение, если ребенок усилит свое нытье. Например, как она будет реагировать на его хныканье в общественном месте?

На заключительном этапе пациенты обучаются навыкам проверки решения. После реализации плана оцениваются его результаты. Как он сработал? Что было не так? Можно ли это исправить? Если результаты оказались отрицательными, а план неэффективным, пациента возвращают назад на первый этап, на стадию альтернативного мышления, для разработки новых подходов к решению социальных конфликтов.

Когнитивная теория психопатологии предполагает, что человек имеет потенциальную возможность для более адаптивного поведения. Если бы пациент начал думать рационально и освободился от тормозящих это мышление процессов, то теоретически он был бы способен к адаптивному поведению. Однако, исследование Спивака и его коллег подчеркивает, что для адаптивного поведения также важно иметь навыки решения социальных конфликтов. Его данные дают основание считать, что причиной нарушений поведения могут быть не только когнитивные нарушения, но и отсутствие навыков решения социальных проблем.

Многие элементы учебной программы Спивака и его коллег по развитию навыков решения конфликтов совпадают с подходом, принятом в РЭТ. Например, специалисты по РЭТ также учат дифференцировке фактов и мнений, умению остановиться и подумать прежде, чем действовать, учат умению конкретизировать проблему. К сожалению, литература по РЭТ пренебрегает описанием тренинга социальных навыков, хотя рациональные психотерапевты проводят со своими пациентами такие занятия на протяжении многих лет. В частности, Эллис проводил семинар под названием "Продуктивные контакты для одиноких людей", один из самых популярных семинаров в Институте по рационально-эмотивной терапии. На этом семинаре он сначала помогает одиноким людям выявить и изменить те свои мысли, которые оказывали тормозящее влияние на их поведение, а затем помогает им практиковаться в социальных навыках общения с лицами противоположного пола. Поскольку литература по РЭТ не очень четко описывала этапы решения социальных конфликтов, работа Спивака, Платта и Шура внесла существенный вклад в эту проблему.

Однако, когда специалисты по РЭТ обучают навыкам решения проблем, они идут на один шаг дальше и знакомят также пациентов с навыками совладания с неудачей. Очень часто пациенты будут обнаруживать, что в их распоряжении есть выбор только далеко несовершенных решений, что каждое альтернативное решение предполагает определенную вероятность нежелательных последствий, а, возможно, проблема просто неразрешима. Суровая реальность иногда ставит в затруднительное положение даже тех, кто лучше других умеет решать проблемы.

ТРЕНИРОВКА САМОУТВЕРЖДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Одним из общих поведенческих навыков, важном для адаптации в своем окружении, является умение

самоутвердиться, то есть адекватно выразить свои чувства и желания. Дефицит этого навыка может быть

связан с (1) нехваткой разнообразных вербальных и невербальных средств выразительности, (2)

когнитивными факторами, препятствующими выражению такого поведения, (3) обоими факторами. Кроме

того, следует иметь в виду, что дефицит самоутверждающего поведения может быть обусловлен

ситуационно. Например, пациенты могут вполне самоуверенно держаться с подчиненными на работе и быть

кроткими, как мышь, дома. Самоуверенная на работе женщина может быть неразборчивой в сексуальных

связях потому, что она не умеет ответить "нет". Пациент может вполне умело выражать свои негативные

чувства, но буквально проглатывает язык, когда было бы очень кстати выразить свое теплое отношение или

чувство любви. Поэтому, изменив этот аспект поведения пациентов, можно помочь им изменить А. При это

важно помнить следующие два антиабсолютистские положения:

1. Самоутверждающее поведение не дает гарантий, что человек получит то, чего добивается, но оно повышает его шансы на благополучный исход.
2. Если человек умеет вести себя самоуверенно, это не значит, что он должен в любой ситуации себя так вести. В некоторых ситуациях осторожность может быть лучшим проявлением самоуверенности. Другими словами, навык обдумывания последствий здесь также имеет значение.

Обучение пациентов самоуверенному поведению начинается с разъяснения различий между

самоутверждающим, пассивным (несамоутверждающим) и агрессивным поведением. Самоутверждающее

поведение характеризуется высказыванием своего пожелания или просьбы к другому человеку измениться в

чем-либо, об этом говорят прямо, но без оттенков враждебности или робости. При пассивном поведении

человек не говорит прямо о своем желании, делает это косвенно, с некоторыми опасениями и тревогой, либо

вообще не делает попыток добиться того, чего он хочет. Агрессивное поведение обычно отражает

требование, а не пожелание, оно выглядит враждебным и часто имеет целью наказание других.

Второй шаг в тренировке самоуверенного поведения заключается в коррекции суждений пациента, которые ведут к пассивному, агрессивному или враждебному поведению, к осуждению себя за неспособность действовать в самоуверенной манере или за неудачные попытки утвердить себя.

Очень полезно помочь пациентам осознать их право на самоуверенное поведение, некоторым

пациентам это право раскрывает глаза на реальность. Каковы права человека, как личности? Каковы права

людей при исполнении определенных социальных ролей, например, каковы права супругов или родителей?

Таковыми вопросами можно стимулировать когнитивную работу пациента в домашних условиях. Следующие

фразы помогут пациентам начать эту работу: "Я имею право испытывать чувства и выражать их, включая

жалобы и критику. Я имею право сам сформировать свою систему приоритетов. Я имею право сказать "нет"

и не испытывать чувство вины".

Следующий шаг в тренировке самоутверждающего поведения включает оценку сильных и слабых сторон в утверждающем стиле общения и работу над устранением выявленных недостатков. Мы предлагаем вам следующие адаптированные рекомендации Жанет Вольф, которыми могут пользоваться как психотерапевты, так и пациенты для развития навыков вербального и невербального самоутверждающего поведения.

Рекомендации по самоутверждающему поведению:

1. Когда вы выражаете отказ, слово "нет" говорите твердо; объясните почему вы отказываете, но не извиняйтесь слишком много. Если возможно, предложите собеседнику альтернативный вариант действий.
2. Отвечайте как можно быстрее и короче, не позволяя себя перебивать.
3. Попросите дать разъяснения, когда вас просят сделать что-либо неразумное.
4. Смотрите прямо в глаза своему собеседнику. Следите за языком своего тела, который может передавать недостаточную прямоту или отсутствие уверенности (например, прикрывающие рот руки, ерзающие ноги). Обращайте внимание на тон своего голоса и модуляции. Удостоверьтесь, что говорите не слишком громко и не слишком тихо.
5. Когда выражаете недовольство или критикуете, помните, что высказывать замечания следует только по поводу поведения; избегайте личностных выпадов.
6. Когда комментируете поведение других, старайтесь говорить не "Вы", а "я". Например, вместо фразы "Ты,

крыса, довела меня до умопомешательства!", лучше сказать так: "Когда Вы в последнюю минуту отменили

назначенную встречу, мне это было очень неудобно и я очень огорчился." Если возможно, сделайте

альтернативное предложение ("Я думаю, нам хорошо бы вместе сесть и подумать, как лучше планировать совместные дела, чтобы избежать таких накладок").

7. Ведите записи своих самоутверждающих ответных реакций. Просматривайте их и проговаривайте со своим другом. Наблюдайте за хорошими примерами. Помните: за одни сутки вы не отвыкните от старых привычек и не приобретете новые навыки.
8. Вознаграждайте себя каким-то образом за каждую попытку самоутверждающего поведения независимо от того, добились ли вы желаемого результата от других людей или нет.
9. Не ругайте себя за пассивное или агрессивное поведение; просто постарайтесь разобраться, где вы сбились с пути и как будет лучше поступить в следующий раз.

Понятно, что данные рекомендации предназначены просто для того, чтобы освежить вашу память; они окажутся недостаточными, если вы раньше не были знакомы с тренировкой самоутверждающего поведения. По этому вопросу существует специальная литература, которую мы советовали бы вам почитать. Помните, что тренировка самоутверждающего поведения - это один из приемов, который специалист по РЭТ может использовать для оказания помощи пациенту в изменении А.

КАК ДАВАТЬ ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ, ПОМОГАЮЩИЕ ИЗМЕНИТЬ "А"

Предположим, что как врач, вы считаете, что некоторые ваши пациенты могли бы каким-то образом изменить внешность и повысить свои шансы в достижении своих целей. Чувствовали бы вы себя комфортно, давая такие советы или начиная разговор на эту тему?

Например, представьте своей пациенткой немолодую женщину, которая ищет мужа, но при этом одевается

старомодно и имеет унылый вид. Промолчали бы вы в этой ситуации или дали бы ей подходящие

практические советы? Каким образом вы могли бы тактично сказать ей о том, что она могла бы повысить

свои шансы на успех? Можно было бы сказать ей примерно следующее: "Вы знаете, Мэри, я могу судить по

своему опыту, что такие женщины, как Вы, имеют больше возможностей завязать знакомство, если они

могут немного похудеть, сделать новую прическу и научиться подавать себя. Насколько это звучит

привлекательно для Вас?" или "Вас бы заинтересовало в этом что-нибудь?" Другими словами, вы можете

высказать свои предложения в отношении третьего лица, не обращаясь прямо к пациентам и не критикуя их.

Ваше высказывание означает: "Вы можете делать что хотите, но это было бы Вам полезно" и помогает

пациентам принять решение измениться.

Если ваши пациенты принимают ваше предложение, не забудьте подкрепить любые положительные изменения, которые вы замечаете, встречаясь с пациентами раз в неделю. Например, "Мэри, какое на Вас симпатичное платье" или "Мне нравится Ваша прическа, она очень идет Вам." Сделанные изменения, возможно, начнут нравиться и самим пациентам.

Как бы вы себя чувствовали во время открытого обсуждения следующих проблем пациентов?

Невзрачность

Избыточный вес

Физические недостатки или уродства

Повреждения мозга

Психоз

Даете ли вы себе право сказать пациентам, что какие-то стороны их поведения или внешности социально

неприемлемы или мешают достижению цели? Обратите внимание, избегаете ли вы такие темы или нет из-за

того, что чувствуете себя неловко. Вы боитесь реакции пациентов? Если да, то чем объясняется ваша

нерешительность -рациональными доводами или иррациональным убеждением, что пациенты нуждаются в

вашей поддержке, а этими замечаниями вы можете нанести пациентам вред?

В других случаях, возможно, полезно более настойчиво и прямо раскрывать пациентам глаза. Пациенты с серьезными нарушениями часто совершенно не осознают влияние их внешности или поведения на окружающих и поэтому вы можете высказывать замечания более решительно. Помните, что среди знакомых пациента вряд ли найдется человек, который осмелится сказать им правду в глаза; ваша робость, замаскированная в позицию "безусловного принятия", будет пациентам не на пользу.

Недавно нашей пациенткой была молодая женщина с анорексией, истощенный вид которой сразу же поразил психотерапевта. Она жаловалась на отсутствие друзей, в связи с чем была депрессивна и озабочена. Отличительной особенностью анорексии является искажение образа тела; пациенты убеждены, что чем они стройнее, тем более привлекательными они становятся, даже если их физическое состояние ухудшается настолько, что требуется госпитализация. Психотерапевт преднамеренно продемонстрировал пациентке свою реакцию на ее внешний вид: это была не реакция на молодую желающую познакомиться женщину, а реакция дискомфорта, как от посещения истощенной умирающей от неизлечимой болезни пациентки. Сначала она категорически отрицала, что ее внешность играет какую-то роль в ее социальных затруднениях, но поскольку врач настойчиво и твердо проводил свою линию, пациентка в конце концов вспомнила недавний случай на работе. Одна женщина боязливо спросила, не страдает ли она лейкемией. Спустя несколько недель на фоне настойчивых высказываний психотерапевтом своего мнения, она начала осознавать влияние своей внешности на окружающих и, хотя она по-прежнему предпочитала свое истощенное состояние, она все же решила изменить свою диету и одежду.

Больные в психотическом состоянии также могут не осознавать тот дискомфорт окружающих, который

возникает в ответ на их странности речи, поведения или внешнего вида. Фактически некоторые психологи

считают, что психотические больные больше беспокоят окружающих, чем самих себя. Вне сомнения, такое

поведение будет затруднять социальные контакты пациентов во многих сферах жизни. Вы можете помочь

пациентам в трех отношениях. Во-первых, лечебные сеансы могут стать моделью и тренировочной базой

социального взаимодействия, когда психотерапевт немедленно сообщает пациентам об их нежелательном

поведении. Можно выработать с пациентом сигнальную систему; например, вы можете щелкать пальцами

каждый раз, когда пациент начинает невнятно бормотать, увести разговор в сторону или перестает смотреть

в глаза собеседнику.

Во-вторых, вы можете научить пациентов более внимательно наблюдать за реакцией окружающих. Отчеты пациентов о вербальных и невербальных реакциях окружающих на их нестандартное поведение можно обсуждать во время сеансов. В-третьих, вы можете научить пациентов пользоваться некоторыми подходящими фразами, которые могли бы помочь снизить дискомфорт у окружающих и повысить уверенность в себе у пациентов. Мейхенбаум (1977) сообщает об успешном применении пациентами такой

фразы: "Я не очень стараюсь, чтобы меня поняли. Я выразился непонятно. Я попробую объяснить еще раз". Резюмируя изложенное выше отметим, что в дополнение к изящному решению, т.е. философской переработке ситуации, применяемому специалистами по РЭТ, также много других приемов и навыков могут оказаться полезными. Среди них мы бы отметили защитные утверждения (тренировка самоподдержки), коррекцию искаженного восприятия А, изменение А в тех случаях, когда это возможно. Рассказывая об изменении А мы изложили техники помощи пациентам в изменении мира (например, техники решения проблем) и приемы более успешного взаимодействия с окружающим миром (например, навыки решения социальных проблем, тренировка самоутверждающего поведения, обеспечение устойчивой обратной связи с пациентом). Обсуждая эти разнообразные техники, заимствованные у таких специалистов, как Бек и Мейхенбаум, мы понимали, что мы не в состоянии глубоко изложить их работы, но мы надеемся, что читатель поймет, как рациональные психотерапевты используют их опыт. Мы надеемся, что читатель сможет найти более подробную информацию об этих и других приемах в соответствующей литературе.

Глава 11

ДОМАШНИЕ ЗАДАНИЯ ОБОСНОВАНИЕ

РЭТ - это когнитивно-обучающая система. Согласно одному из основных ее принципов лечебный эффект будет незначительным или непродолжительным, если пациенты не будут проверять на практике свои новые философские взгляды. Если пациент говорит, что "нет ничего ужасного, если тебе отказывают в свидании", но при этом продолжает избегать женщин, психотерапевту следует сначала проверить, правильно ли он выбрал иррациональные суждения пациента для дискуссии. Если ИС были выбраны правильно, то у врача возникнут сомнения в том, что пациент действительно верит в новые рациональные суждения. Итак, РЭТ - это не просто "разговорная терапия", она подчеркивает, что серьезные изменения в когнитивной сфере пациента будут маловероятны до тех пор, пока пациент не изменит свое поведение. Фактически, согласно концепции когнитивного диссонанса, изменение поведения часто ведет к изменению мышления и чувств. Одним из основных способов помощи пациентам изменить свое поведение являются домашние задания, позволяющие пациенту вынести лечебный эффект за пределы врачебного кабинета. Домашние задания являются традиционным элементом РЭТ.

Конкретными задачами домашних заданий могут быть: (1) устранение патологического поведения или формирование адаптивного поведения; (2) освобождение от ИС и замена их на более полезные суждения; (3) проверка того, насколько хорошо пациент усвоил основные принципы РЭТ. Соответственно домашние задания могут предлагаться в следующих формах:

Предписание чтения

Предписание слушания

Письменные задания

Задания с использованием воображения

Предписание наблюдения за мыслями

Релаксация и другие отвлекающие задания

Предписание поведения

Как мы отмечали выше, основное внимание уделяется заданиям, касающимся изменения поведения. Если это так, возможно у вас возникнет вопрос, почему специалисты по РЭТ используют и другие формы заданий? Различные задания могут быть направлены на достижение различных целей, но даже когда разные задания имеют одну и ту же цель, психотерапевт вполне обоснованно может использовать разнообразные задания. Во многом РЭТ строится на обучающей модели, а хорошо известно, что разнообразие форм и приемов повышают эффективность обучения. В конце концов, как много знаний может пациент приобрести за 45 минут сеанса проводимого один раз в неделю? В колледжах студентам читают лекции, проводят практические лабораторные занятия, предписывают чтение; специалисты по РЭТ делают то же самое. На каждом сеансе психотерапевт спрашивает себя: "Что пациент может делать в течение этой недели, чтобы практиковаться в том, что мы сегодня обсудили?"

Перед тем, как мы перейдем к конкретным формам домашних заданий, мы хотим подчеркнуть, что плодотворные домашние задания отличаются четырьмя важными особенностями:

1. Последовательность. Задание должно быть созвучно той работе, которая проводилась на сеансе, оно не предписывается произвольно. Постарайтесь давать такие задания, которые естественно вытекали бы из основной темы сеанса.
2. Конкретность. Задание дается с четкими инструкциями и достаточными подробностями. Например, если пациенту дается задание придумать возможные варианты решения проблемы, не говорите неопределенно: "Придумайте как можно больше вариантов." Было бы лучше сказать четко: "Придумайте не менее пяти возможных вариантов решения." В этом случае пациент получает конкретное задание и будет стремиться к его выполнению.
3. Методичность. Постарайтесь давать задания методично и на каждом сеансе проверять выполнение предыдущего задания. Не следует надеяться, что выполнения домашнего задания всего один раз будет достаточно. Обычно полезно методично повторять задание (или его вариации) на протяжении нескольких недель.

4. Быстрый темп. Задания в РЭТ принято усложнять не постепенно, а достаточно резко в соответствии с приемом наводнения. Психотерапевт побуждает пациента продвигаться вперед большими шагами, а не мелкими. Например: "На этой неделе договоритесь о свидании с четырьмя женщинами", а не "Попробуйте поговорить с одной женщиной." Смысл такого маневра заключается в том, что это обычно приводит к более значительному изменению поведения в желаемом направлении. Информация о выполнении задания пациентом помогает психотерапевту определить объем задания на следующую неделю.

Когда вы даете пациенту домашнее задание лучше не делать это экспромтом или в слегка извиняющейся манере. Тщательно объясните задание, включая его цель; понимание пациентом сущности задания повышает его заинтересованность. Также полезно спросить пациента: "Вы считаете, что можете с этим заданием справиться?" Если пациент дает отрицательный ответ, то предстоит еще проделать немалую работу. Можно предложить пациенту сначала выполнить задание в своем воображении (при этом пациент может вслух описывать воображаемую сцену) или использовать ролевые игры. Может быть пациент согласится выполнить часть задания или сможет предложить приемлемый для него вариант этого задания. Когда соглашение достигнуто, полезно спросить пациента: "Не забудете ли Вы про это задание? Каким образом Вы будете помнить об этом?" Полезно домашнее задание выписывать в такой же манере, как врач выписывает рецепты на лекарства, это помогает пациенту помнить о задании. Некоторые психотерапевты имеют для этой цели специально отпечатанные бланки с заголовком "Поведенческие предписания доктора Джона Джонса". Подобный ритуал получения задания не только помогает пациенту помнить о нем, но также подчеркивает важность этой работы и вызывает больше доверия.

ПРИМЕРЫ ДОМАШНЕЙ РАБОТЫ ПРЕДПИСАНИЕ ЧТЕНИЯ

Пациенты с помощью чтения углубляют свое понимание принципов РЭТ и их применения в конкретных ситуациях. В Институте по рационально-эмотивной терапии, например, новым пациентам в конце первого сеанса дают бесплатно папку материалов по РЭТ. Кроме того, пациентам предлагают купить книгу "Новое руководство по рациональной жизни" (1975). То есть, ожидается, что на второй сеанс пациенты придут уже имея представление о модели "АСП".

Существует много книг и статей по РЭТ, которые были бы полезны для пациентов. Однако, многие пациенты не знают, где можно приобрести необходимую литературу или это может быть сопряжено с большими затратами времени. Поэтому, вы можете приобрести несколько экземпляров книги, которую вы считаете наиболее полезной для пациентов, для того, чтобы подарить, дать почитать или продать пациенту.

ПРЕДПИСАНИЕ СЛУШАНИЯ

Читатель вспомнит наше предложение записывать на пленку свои лечебные сеансы с согласия пациентов. Пациентам также предлагают приносить на сеансы магнитофон и одновременно с врачом записывать сеансы. Целесообразно побуждать пациентов прослушивать пленку между сеансами. Многократное повторение одного урока полезно для обучения.

Прослушивание студийных записей также можно использовать как домашнее задание, либо как дополнение к чтению, либо в качестве замены чтения для пациентов с нарушением зрения. Пленки с записями лекций по РЭТ (и даже рациональные песни, напетые самим Эллисом) можно приобрести в Институте по рационально-эмотивной терапии.

Прослушивание пленки особенно полезно при обучении пациента релаксации. Можно рекомендовать

студийную запись Арнольда Лазаруса (см. библиографию), либо психотерапевт может записать свою

собственную методику проведения сеанса релаксации, а проще всего записать обычное занятие с пациентом

по релаксации. Последняя процедура часто оказывается весьма эффективной, поскольку голос врача

ассоциируется с сеансом релаксации и это помогает пациенту достигнуть состояния расслабления в

домашних условиях за счет эффекта генерализации. Можно дать задание пациенту прослушивать запись

сеанса релаксации каждый вечер перед сном. Пациент может принести пленку на следующий сеанс и

продемонстрировать врачу, как он ей пользуется. В свою очередь психотерапевт может время от времени останавливать пленку и проверять глубину релаксации пациента. Обучение технике релаксации может отнять много драгоценного времени лечебных сеансов, к тому же для врача это нередко является скучным занятием. Обе эти проблемы можно смягчить, если побудить пациента активно работать над домашними заданиями.

ПИСЬМЕННЫЕ ЗАДАНИЯ

Письменные задания очень часто используются в РЭТ и обычно применяются в трех разновидностях: листы самопомощи, письменные очерки и дневники.

Листы самопомощи можно заполнять в записной книжке, которой пациент дает название "АСПД" или "Что случилось - Что я чувствовал - О чем я думал - Что в этих мыслях было ошибочным - Какие мысли были бы более точными и полезными". Это задание позволяет врачу определить, понимает ли пациент ключевую модель РЭТ - "АСПД". Например, у пациентов могут быть затруднения с определением актуальных иррациональных и рациональных суждений.

Пациент заполнил лист самопомощи и отдал его вам, консультанту. Ниже приведена часть записей пациента. Как бы вы оценили их. Внесли бы вы какие-либо исправления, если да, то какие именно?

Активирующее событие = Я ходил на собеседование по поводу работы.

Рациональное суждение = Мне отказали.

Иррациональное суждение = Это ужасно, что я не получил работу.

Эмоциональные последствия = Я был подавлен.

Дискуссия = Мне безразлично, что я не получил работу.

Ответы даны на стр. 424.

Они могут написать "я чувствую", хотя на самом деле имели в виду "я считаю". Языковые проблемы и

неверное понимание теории РЭТ быстро становятся очевидными при выполнении данного задания, что

позволяет врачу на следующем сеансе при проверке этого задания дать пациенту необходимые разъяснения.

Сходным заданием являются письменные очерки, которые также имеют несколько разновидностей. Например, пациента просят записать весь ход самостоятельного обсуждения одного или нескольких ИС. Можно сказать пациенту, чтобы он представил себя участником публичной дискуссии и его задача - спорить с оппонентами, независимо от того, верят ли они своим аргументам или нет. Психотерапевт использует принципы когнитивного диссонанса с пациентами, заявляющими, что они могли бы описать дискуссию, но они не поверили бы этому. Исследования, посвященные проблеме изменения отношений, показывают, а клинический опыт подтверждает, что подобная письменная дискуссия часто убеждает пациентов в силе собственных аргументов. Итак, в конце сеанса психотерапевт записывает в верхней части чистого листа бумаги иррациональное суждение, которое пациент должен обсудить и записать на этом же листе ниже (на каждое ИС используется отдельный лист бумаги). Таким образом, дискуссии, которые остались незавершенными на сеансе, могут быть продолжены дома, а завершенную на сеансе дискуссию можно переосмыслить и обобщить дома. Ниже дается пример письменной дискуссии, выполненной пациенткой дома:

Утверждение: Если мои дети совершают ошибки в жизни, это доказывает, что я плохая мать.

Аргументы:

1. Каждый человек ошибается, независимо от того, хорошие у него родители или плохие. Человеку свойственно ошибаться.

2. Моим детям нужно набираться жизненного опыта методом проб и ошибок. Совершенные мной ошибки

имели положительную сторону, они способствовали моему росту. Я научилась не повторять одну и ту же

ошибку. Боль помогает развить презрение к боли. Кроме того, мои ошибки помогли мне стать более

внимательной и терпимой к другим людям. Я стала более зрелой и лучше понимаю других людей. То же

самое может произойти и с моими детьми.

3. Я не являюсь единственным человеком, оказывающим влияние на моих детей. Помимо меня, многое из окружающего мира так или иначе оказывают воздействие на них. Различие между моими двумя детьми показывает, что я не могла бы сама полностью сформировать их как личность, иначе они имели бы большое сходство друг с другом. Они продолжают все больше получать информации из внешнего мира и от окружающих людей, они учатся на собственном опыте. Сталкиваясь с новыми жизненными ситуациями, они реагируют на них в соответствии с обстановкой и приспосабливаются к ним. Таким образом, я не могу полностью отвечать за их проблемы. Даже мои дети дали мне понять, что я не могу считать себя плохой матерью из-за их ошибок - "это глупо".

4. Если бы я настаивала на своей ответственности за недостатки детей, то я могла бы также признать, что заложила в детей много хорошего. Я знаю, что сделала немало хорошего для своих детей.

5. Если бы я сконцентрировалась на своих упущениях в отношении детей, то я бы застряла в прошлом. Я бы отрицала, что прошло много времени, они выросли, произошло много изменений. Это была бы жизнь другого человека (хотя и близко знакомого мне). А стойкое чувство вины равнозначно жалости к себе. Но это скучно!

В другом варианте письменного очерка пациенту предлагают его требование "должен" изменить на противоположное по смыслу требование и обосновать эту позицию. Например, если пациент жалуется, что его мать не должна раздражаться и придираться к нему, то врач предписывает пациенту написать очерк, в котором пациент обосновывает, почему мать должна быть такой, какая она есть. Он может в своем эссе раскрыть ее воспитание и историю жизни и тогда пациент обнаружит, что ее поведение вполне объяснимо. Это упражнение помогает пациенту приобрести опыт эмпатических отношений и демонстрирует ему, что поведение окружающих не является предвзятым по отношению к нему и не представляет особой тайны, а является логическим результатом предшествующих обстоятельств и реакции людей на эти обстоятельства.

Письменные домашние задания часто полезны при обучении пациентов навыкам решения проблем. Пациенту можно дать задание придумать пять альтернативных решений проблемы. Например, женщина, страдающая агорафобией, отказывается водить машину из-за страха, что машина может сломаться где-нибудь далеко от дома. Она смогла придумать следующие пять вариантов решений:

1. Я могла бы позвонить домой из ближайшей телефонной будки.
2. Я могла бы зайти в ближайший дом и попросить разрешение позвонить.
3. Я могла бы дойти пешком до того места, куда я ехала.
4. Я могла бы остановить проезжающего автомобилиста и попросить помочь мне.
5. Я могла бы дойти до ближайшей мастерской и попросить отремонтировать машину.

Подобно этому, мать маленького сони, который не хочет утром вылезать из постели, придумала следующие варианты решения проблемы:

1. Я могла бы вытащить его из постели (что я и делаю).
2. Я могла бы его убедить подняться.
3. Я могла бы проигнорировать его поведение и дать ему возможность самому расплатиться за опоздание.
4. Я могла бы сделать то, что он хочет (разбудить его еще раз через двадцать минут, а за это время приготовить ему завтрак).
5. Я могла бы полить на него холодной водой, если он не поднимается вовремя.
6. Я могла бы пообещать ему что-нибудь вкусное, если он поднимется через три минуты.
7. Я могла бы купить ему будильник и пусть он просыпается сам.

Письменные домашние задания можно давать также и на следующем этапе решения проблем, на этапе обдумывания последствий. Пациентов просят записать ожидаемый результат каждого из предложенных ими вариантов решения проблемы. После этого пациенты имеют возможность обсудить вероятность своего

прогноза с окружающими.

Третьей формой письменных заданий применяемых в РЭТ является ведение дневника. Пациентов просят записывать конкретные события и проверять, насколько верно они предсказывали их. Пациент может жаловаться: "Каждый раз, когда я звоню какой-либо женщине и пытаюсь договориться о свидании, я получаю отказ». Каковы же фактические данные? Скольким женщинам он звонил на самом деле, кто они, сколько отказов он получил? Подобно этому, депрессивный больной, утверждающий, что он пребывает в состоянии депрессии "все время", может приобрести полезную информацию о себе, если будет записывать в дневник каждый момент улучшения настроения (Веск, 1978). Пациент с ожирением может записывать продукты, которые он съедает, их количество и качество, время и место приема пищи и т.д. Точные записи фактов помогают: (1) исправить искаженное пациентом восприятие А; (2) исправить ошибки, допускаемые пациентами в процессе обдумывания последствий; (3) определить, что предшествует нежелательному поведению и каковы его последствия.

ЗАДАНИЯ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ВООБРАЖЕНИЯ

Домашние задания с использованием воображения и фантазии применяются в РЭТ в виде образной дискуссии и образной десенсилизации. После того, как психотерапевт познакомил пациента с приемом рационально-эмотивного воображения (см стр. 168), ему дается задание ежедневно упражняться в течение десяти минут. Пациент с помощью воображения вызывает болезненные эмоции, изменяет их и повторяет мысли, которые помогли изменить аффект.

Можно предложить пациентам мысленно повторять новое поведение, перед тем как пытаться это сделать в

реальности, например, проигрывать повторно в своем воображении свои самые сильные страхи с целью их

десенсилизации или чтобы использовать технику скрытого обуславливания. При скрытом обуславливании

все стимулы, все ответные реакции, сигналы положительного и отрицательного подкрепления могут быть

воображаемыми. Вот некоторые примеры. Психотерапевт надеется изменить ответную реакцию на стимул у

пациентки с вагинизмом, которая боится введения в вагину любого предмета, вместе с тем она испытывает

оргазм при мануальной стимуляции. Пациентке дают задание представлять, как ее партнер вводит ей в

вагину палец (а позднее член) и представлять это она должна в момент оргазма. Соединяя пугающие

образные представления с положительным переживанием (оргазм) можно снизить ее страх пенетрации.

Подобно этому, если у мужчины есть страх половой близости, страх введения члена, он может представлять

в момент собственного оргазма, достигнутого с помощью мастурбации, как он успешно вводит член. Такой

прием позволяет изменить качество ответа на ситуацию. И наоборот, пациентам можно дать задание

сочетать воображение нежелательного поведения с неприятными представлениями, как в технике скрытой

сенситизации (1977). Алкоголику дают задание представить, как он пьет кружку пива и на дне кружки

внезапно обнаруживает собачьи испражнения. Более подробное описание применения скрытого

обуславливания можно найти в литературе по поведенческой терапии.

ПРЕДПИСАНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА МЫСЛЯМИ

Можно предложить пациенту записывать свои иррациональные мысли, которые он заметил в промежутке между сеансами. Следующий лечебный сеанс в этом случае уместно начать с анализа записей пациента. Пациенты могут также записывать мысли, которые оказались для них полезными, независимо от того, были ли это оригинальные мысли пациента или он заимствовал их из дискуссии с врачом или с кем-то еще. Врач может даже дать задание пациенту повторять полезные мысли, включенные в специальный список.

Задание наблюдать за мыслями пациенты могут легко забыть, так как выполнение его происходит незаметно.

Каков лучший способ запомнить что-либо? Записать! Поэтому для верности предложите пациентам иметь

особый список с заголовком "О чем мне нужно подумать". В конце концов, пилоты до взлета изучают

записанный в деталях план полета, почему нельзя составить список того, о чем важно подумать?

ПРЕДПИСАНИЕ РЕЛАКСАЦИИ

Как было упомянуто выше в рубрике "Предписание слушания", релаксации часто обучают с помощью записей инструкций, которые предлагают пациентам прослушивать повторно. Однако, через некоторое время пациенты могут упражняться в релаксации без посторонней помощи. По мере совершенствования навыков релаксации, пациенты обычно обнаруживают, что релаксация им удастся лучше всего, если они проводят занятия в своем собственном темпе. Постепенно у них исчезает необходимость работать над отдельными группами мышц (например, правой руки) и они с успехом могут объединять группы мышц (например, работать одновременно над расслаблением обеих рук). Важно предусмотреть, чтобы пациент уделял достаточно времени релаксации и имел подходящие условия для тренировок. Для занятий лучше всего подходит тихая комната без отвлекающего шума, где можно заниматься лежа или полулежа. Можно договориться со всеми членами семьи, чтобы они не беспокоили пациента во время сеанса релаксации и отвечали на телефонные звонки.

ПРЕДПИСАНИЕ ДЕЙСТВИЙ

К двум наиболее распространенным предписаниям действий в РЭТ относятся задания, связанные с необходимостью рисковать, и упражнения на преодоление стыда. Хотя эти задания имеют много общего, их можно различать по содержанию основных страхов пациентов. Предписание рисковать пробуждает в пациенте смелость, помогает более разумно оценить конкретные поступки, которые раньше пациент считал ужасно опасными (когда на самом деле это не так). Данные задания помогают пациентам почувствовать уверенность в себе и отважиться на некоторый риск, в частности, на социальный риск, которого они прежде избегали. Особенность таких заданий заключается в том, что часто они задумываются для того, чтобы пациент испытал неудачу, особенно в случаях максимализма или страха провала. Читатель вспомнит, как люди учатся; они учатся оценивать и переоценивать события на основе своего опыта. Если у них никогда не было опыта провалов, то маловероятно, что они изменят свои представления об этом и перестанут бояться неудач. Итак, трудно лечить страх какой-то негативной ситуации, если пациент не бывает в этой ситуации.

Рассмотрим случай молодого человека со страхом свиданий, которому после тренировки социальных навыков было дано задание на следующей неделе три раза организовать встречи с девушками. Если он справится с заданием - это хорошо, но в этом случае он не приобретет важный опыт, поскольку существует вероятность того, что он не будет всегда иметь только успех у женщин. Он не будет иммунизирован против стресса неудачи и поэтому будет оставаться ранимым к данной ситуации. Поэтому психотерапевт может дать задание на следующую неделю знакомиться с девушками и три раза получить отказ. Такое задание может вызвать задорный огонек в глазах пациента и изменить его отношение к ситуации. Обратите внимание, такое предписание при любом раскладе оставляет пациента в выигрыше, даже если он не справится с заданием. Если его попытки завязывания

знакомств увенчались успехом, это означает определенный прогресс на пути к достижению цели, если же он получил три раза отказ, то в этом случае он справился с домашним заданием и на следующем сеансе он может обсудить с психотерапевтом свои неудачные попытки знакомств. Таким образом, специалисты по РЭТ используют предписание неудачи в связи с тем, что: (1) неудачи многому учат человека, (2) неудачи обладают эффектом десенситизации; если пациент боится неудачи, то скорее всего он не будет даже пытаться добиться успеха.

Предписание риска в РЭТ часто имеет парадоксальную природу, поскольку побуждает пациента сделать то, что они сами оценивают как плохое поведение, одновременно пациенты учатся не драматизировать ситуацию и принимать себя. Пациенту с бессонницей можно дать задание постараться не заснуть ночью, пациенту с навязчивостями - 100 раз в день повторять навязчивые действия, пациенту с импотенцией - избегать эрекции (Ray, 1978). Когда пациенты получают задание делать то, что их как раз и пугает, часто страх уходит и обычно пациенты с удивлением сообщают, что им было трудно выполнить такое парадоксальное задание врача.

Рассмотрим случай дипломированного бухгалтера, испытывающего сильный страх совершения ошибки, т.е.

речь идет о серьезном случае перфекционизма. Он получил задание преднамеренно допускать ошибки и учиться принимать себя независимо от качества своей работы. Хотя пациент утверждал, что он часто ошибается и для выполнения задания врача ему не нужно специально стараться, на следующем сеансе он сообщил, что на самом деле не совершил ни одной ошибки. Как и предполагал психотерапевт, он ужасно боялся того, что в действительности было маловероятно. Задание было оставлено на несколько недель и пациент заставлял себя несколько раз ошибаться. После чего он обнаружил, что ошибка не является катастрофой и если он ошибся, это не означает, что он неудачник.

Стыд является формой самопринижения «упражнения против стыда (Эллис, 1973, 1977б) помогают пациентам понять, что если они действительно делают глупости или ведут себя смешно на людях, их мир от этого не рухнет и им нет необходимости осуждать себя. Принципиально важно научить пациентов проводить различие между их поведением и их человеческой ценностью. Чем бы пациенты ни занимались, они не ставят свое человеческое достоинство на карту. Поэтому они могут оценивать только свое поведение, но не самих себя.

Упражнения против стыда показывают также пациентам, что у них нет жесткой необходимости соблюдения условностей. Мы часто высказываем одобрение друг другу, этого требуют социальные нормы, но эти же социальные условности могут давить на нас и мы наказываем себя стыдом и тревогой. Что может произойти, если мы не будем соблюдать условности? Люди могут о нас плохо подумать; они могут смотреть на нас неодобрительно. Однако мысли людей и их выражение лица не могут нас обидеть; но мы часто считаем, что могут. Упражнения против стыда помогают опровергнуть это мнение. Кроме того, эти упражнения забавны и они помогают пациентам менее серьезно воспринимать социальное неодобрение.

Специалисты по РЭТ часто применяют следующие упражнения против стыда:

1. Подойдите к незнакомому человеку и тепло поприветствуйте его. Спросите о его здоровье. Будьте словоохотливы.

2. Встаньте на углу улицы. Протяните руки и громко скажите пять раз: "Ваш мессия пришел. Следуйте за мной."
 3. В ресторане подойдите к привлекательному посетителю, поинтересуйтесь качеством пищи, предложите свои услуги принести что-либо еще.
 4. Пойдите в близлежащий торговый центр и попробуйте продать старую газету.
 5. Пойдите в магазин и скажите продавцу, что вы трансвестит или фетишист. Купите себе что-нибудь типичное для противоположного пола (например, туфли на высоком каблуке или мужские сексуальные трусы).
 6. Пойдите в большой магазин и громко объявите время пять раз: "Дамы и господа, сейчас 13 часов 15 минут, 13:16 ... 13:17 и т.д."
 7. Привяжите на длинную красную ленточку банан, повесьте его на шею и пойдите на оживленную улицу.
 8. В лифте встаньте лицом к задней стенке и спиной к окружающим.
 9. Выкрикните в метро или автобусе названия пяти ближайших остановок.
 10. Пойдите в районную библиотеку и громким голосом попросите показать вам две книги: "Иллюстрированное собрание сочинений маркиза де Сада" и "Секс и извращения в современной Америке".
 11. Найдите ресторан, предлагающий "два яйца в любом виде". Попросите из одного яйца сделать яичницу-глазунью, из другого - болтунью.
- Если образована группа пациентов, упражнения против стыда можно предложить всем членам группы. Часто эти упражнения можно выполнять во время группового сеанса. Например, можно предложить пациентам спеть песню, станцевать или сделать что-либо броское.
- Пациент может выбрать по желанию одно из подобных заданий, но лучше вместе с ним придумать такое

задание, которое максимально соответствовало бы личности пациента и его проблеме. Например, одна наша пациентка жаловалась, что ей не хватает уверенности при общении с матерью, так как она боялась причинить своими действиями вред здоровью матери, что дало бы основание окружающим считать ее плохой дочерью. Ей дали задание рассказывать друзьям, что "у моей любимой матушки нервный срыв из-за моего плохого поведения"; пациентка должна была наблюдать реакцию друзей и учиться принимать себя независимо от отношения окружающих.

Мы хотим сделать важное предостережение в отношении применения упражнений против стыда; проследите, чтобы пациент не намеревался выполнить такое упражнение, которое могло бы повлечь за собой потерю работы, исключение из школы или даже арест. Если реальные последствия упражнений создают угрозу благополучию пациента, то эти задания могут больше навредить, чем принести пользы. Было бы совершенно неразумно выполнять такое упражнение против стыда, как одевание себе подушки на голову на глазах у изумленного начальника, от которого зависит ваше продвижение по службе. Но вы не рискуете своей карьерой, если будете ходить с подушкой на голове по центральным улицам.

Итак, упражнения против стыда позволяют решить две задачи. Во-первых, они помогают пациентам избавиться от ложной стыдливости путем выполнения предписанных врачом упражнений. Когнитивный анализ по модели А-С-П-Д подготавливает пациента к решению этой задачи.

Во-вторых, упражнения помогают пациентам проверить точность своих ожиданий ответной реакции

окружающих на их поступки. Большинство из нас переоценивает внимание окружающих к нашему поведению. Например, Эллис рассказывает об одном из своих пациентов, который в течение нескольких недель не мог отважиться громко произнести названия станций в метро Нью-Йорка. Наконец, он решился на этот поступок и обнаружил, что ничего страшного не произошло. После этого он дал сам себе задание объявлять название каждой из семи станций по пути из дома на работу. Что произошло? Ни один человек не сказал ему ни слова, за исключением нескольких подростков, подошедших к нему и переспросивших: "Какая следующая станция, сэр?"

Специалисты по РЭТ используют также задания другого рода. Супружеской паре, втянутой в монотонный характер взаимоотношений, предписывается на следующей неделе три раза каким-то образом проявить заботу по отношению друг к другу. Человеку, неохотно ищущему работу, дается задание составить грамотное резюме. Женщине, испытывающей чувство вины из-за своей "эгоистичности", можно предписать до следующего сеанса сделать себе что-либо приятное. Пациенту, считающему себя некрасивым, дается задание по десять минут ежедневно смотреть в зеркало и учиться принимать себя, отмечая при этом имеющиеся недостатки своей внешности. Список возможных заданий может быть достаточно длинным и разнообразным, но в каждом случае психотерапевт побуждает пациента вести себя по-другому, чтобы по-другому мыслить и чувствовать.

Если пациент не хочет выполнять упражнения против стыда, психотерапевт может подать личный пример. Врач может пойти с пациентом на улицу и продемонстрировать необычное поведение, чтобы показать пациенту, что люди более терпимы к нашему поведению, чем мы думаем. Могли бы вы сделать это? Мы советуем начинающим психотерапевтам последовать схеме, принятой в Институте по рационально-эмотивной терапии и составить для себя серию упражнений против стыда или упражнений, связанных с риском. Выберите упражнения из приведенного выше списка или придумайте свои упражнения и на этой неделе сами делайте эти упражнения. Еще лучше время от времени повторять эти упражнения для поддержания навыков.

ПРЕОДОЛЕНИЕ ПРОБЛЕМ С ДОМАШНИМИ ЗАДАНИЯМИ

Когда пациент приходит на следующий сеанс, не забудьте сначала проверить домашнее задание. Если пациент не поднимает на сеансе новые, более важные проблемы и не находится в состоянии сильного дистресса, то, начав сеанс с проверки домашнего задания, вы придаете курсу лечения целостность и системность.

Пациенты могут ожидать изменения домашних заданий каждую неделю, как это бывает в школе или при лечении у интерниста, подбирающего лекарства и их дозировки. Однако, пациентам, возможно, придется в течение нескольких недель выполнять одно и то же поведенческое задание, прежде чем наступят когнитивные и эмоциональные изменения. Будьте внимательны к ожиданиям пациентов; если не исправить неоправданные ожидания, они могут вести к депрессивным мыслям ("О боже, у меня нет никакого улучшения"), усиливающим состояние дистресса.

Что делать, если пациент не выполнил домашнее задание? Сначала следует разобраться в причинах отказа, что может дать ценную диагностическую информацию о системе суждений пациента. Невыполненное или незаконченное домашнее задание можно рассматривать как новое Активирующее событие, которое может вызвать дополнительный эмоциональный дистресс. Обсуждая эту ситуацию можно задать пациенту следующие вопросы:

В: Как Вы себя чувствуете в связи с тем, что Вы не выполнили домашнее задание?

П: Ужасно.

В: Ужасно? Что это значит?

П: Я чувствую свою вину. Я должен был выполнить домашнее задание.

В: Вы считаете, что должны были выполнить задание? Почему Вы должны?

П: Потому, что я чувствую себя так ужасно из-за того, что не сделал задание.

В: Как Вы думаете, чувствовали бы Вы себя по-другому, если бы не говорили себе, что Вы должны? Попробуйте сказать себе сейчас, что было бы хорошо, если бы Вы выполнили задание, но Вы не выполнили. Это плохо. Но Вы постараетесь сделать это на следующей неделе.

П: Я не сделал задание. Это плохо. Я постараюсь сделать его на следующей неделе.

В: Чувствовали бы Вы себя лучше, если бы так считали?

П: Да; было бы лучше, если бы я думал именно так по поводу данной ситуации.

В: Хорошо, Вы можете как-то напоминать себе думать о ситуации таким образом?

П: Как?

В: Что бы Вы сделали, чтобы не забыть купить молоко в магазине?

П: Я бы записал это! Я буду теперь записывать. Как мне лучше записать это?

Депрессивные мысли могут возникать в результате невыполнения домашнего задания, как в приведенном выше случае, либо они могут быть причиной невыполнения предписаний. Например, пациента может остановить такая мысль: "Это безнадежно - зачем пробовать?" Сам пациент обычно не может ответить на этот вопрос. Психотерапевт может помочь пациенту изменить свое мнение о собственной беспомощности и найти веские аргументы, почему было бы полезно попробовать справиться с заданием. Не бойтесь прямо спросить пациента, почему он не справился с заданием. Почему это было так сложно сделать? Следует проверить вполне вероятную гипотезу о том, что пациент оценил очередное задание как значительно более сложное, чем предыдущее. Как мы уже отмечали, специалисты по РЭТ стремятся использовать технику наводнения, т.е. побуждают пациентов продвигаться вперед большими шагами, а не маленькими. Хотя теоретическая концепция техники наводнения вполне обоснована, на практике бывает иногда полезно вернуться назад к более легким заданиям на 1-2 ступеньки и предложить пациенту выбрать задание, которое он охотно взялся бы выполнить. Помните, что задача заключается в том, чтобы побудить пациента выполнять самостоятельно поведенческие задания, иногда требуется проявить терпение и выдумку, чтобы трудное задание разделить на несколько более простых. Например, если пациенткой является зависимая несамостоятельная взрослая женщина, которая всегда каждый день звонит матери и вместе с тем хочет стать более самостоятельной, то она может отказаться от домашнего задания не звонить матери в течение недели, но для начала она могла бы согласиться воздержаться от звонков в течение двух дней. Успех в более легком задании поможет пациентке принять решение попробовать справиться с более сложным заданием.

Психотерапевту полезно также выяснить, в какой степени задание устраивает пациента. Возможно, пациент более охотно слушал бы пленку, чем читал книгу. Возможно, подросток предпочел бы прочитать вместо большой книги маленькую брошюру. Возможно, женщина будет охотно выполнять релаксационные упражнения дважды в неделю, но "не сможет найти время" заниматься ежедневно. Хотя врач старается убедить пациента работать активно и постоянно, для начала полезно похвалить пациента за выполнение любого домашнего; в конце концов, обучение - процесс постепенный. Тем не менее, врач показывает пациенту реальную ситуацию; чем меньше он будет работать, тем медленнее будет наступать улучшение. У пациентов всегда есть выбор, но врачу следует убедиться, что пациент хорошо осознает последствия своего выбора.

Как вы сами чувствуете себя, когда узнаете, что пациент не сделал домашнее задание? Вы становитесь раздраженным? Если да, то было бы разумно исследовать свои собственные категоричные требования и критически обсудить их. Или вы испытываете тревогу или депрессию? Тогда поищите у себя такие мысли, как "Если бы я был хорошим врачом, он бы сделал это задание" и обсудите их. Домашние задания действительно могут быть диагностическим инструментом.

Пациенты, не выполняющие домашние задания, часто имеют "постоянные непредвиденные обстоятельства" (Эллис, 1977). Пациенты все время находят оправдания, почему они не начали выполнять задание сегодня и страстно клянутся начать завтра; когда наступает завтра, все повторяется сначала. Например, "Сегодня слишком суматошный день, я займусь релаксацией завтра" или "Сегодня я чересчур взволнован для тренировок, я завтра займусь по-настоящему."

Сходная проблема возникает в случае "двойных затруднительных обстоятельств" (Эллис, 1977). Вот несколько примеров. Пациентка с анорексией жалуется на отсутствие друзей. Хотя она заявляет на желание приобрести друзей, врач узнает, что она недавно дважды отказалась пойти в гости. Почему? В гостях будет предложена еда, а она, страдая анорексией, считала, что все еще имеет избыточный вес и ей необходимо похудеть на 5 кг. Более распространенным примером данной проблемы является курильщик с избыточным весом, желающий бросить курить и похудеть. Ни одну из этих задач он решить не может, потому что считает, если он бросит курить, он начнет поправляться, а если он начнет соблюдать диету, он будет больше курить.

Подобные проблемы отражают состояние низкой фрустрационной толерантности. В таких случаях лучше

всего прямо высказать возражения пациенту и спланировать последовательность действий при тех или иных

возможных внешних обстоятельствах. Так, курильщику в приведенном выше примере можно сообщить, что у него есть три варианта действий: (1) он мог бы бросить курить и в течение первых, самых трудных, недель после этого ему не следовало бы беспокоиться о своем весе; (2) он мог бы сначала постараться похудеть на 5 кг и затем бросить курить; (3) он мог бы одновременно бросить курить и начать снижать вес, это было бы просто труднее. Итак, пациенту объясняют, что эти две проблемы можно решать независимо друг от друга. После того, как выбрана стратегия, можно продумать тактику действий.

Для лечебного процесса очень важно побудить пациентов выполнять домашние задания, здесь почти все действия психотерапевта будут оправданы, если они помогают добиться согласия пациентов. Особенно важно, чтобы пациенты сами это понимали. Там, где возможно, полезно придумать систему вознаграждения пациента за успешное выполнение домашней работы. Это не означает, что пациенты обязаны "добиться успеха" и получить то, что они хотят. Успехом можно считать уже то, что они работают над заданием. Вместе с тем иногда даже желательно чтобы пациентам не удавалось справиться с заданием и они отказывались от новых попыток из-за низкой фрустрационной толерантности. Это помогает психотерапевту научиться давать пациенту посильные задания в соответствии с результатами выполнения предыдущего предписания. Конечно, давать задания нужно с учетом клинического состояния пациента. Так, слишком трудные задания противопоказаны депрессивным больным и другим пациентам, состояние которых требует пристального врачебного внимания.

ИЗМЕНЕНИЕ РОЛИ ПСИХОТЕРАПЕВТА

Конечная цель лечения - научить пациентов действовать независимо и помочь им приобрести когнитивные и поведенческие навыки, позволяющим им быть психотерапевтами для самих себя. Чтобы достичь этой цели психотерапевт постепенно становится менее директивным в предписании домашних заданий и побуждает пациента самого составлять себе задания. Например, когда пациент сообщает об успешном выполнении предыдущего задания врач может спросить: "Что могли бы Вы сделать на следующей неделе, чтобы развить успех?" Постепенно пациенты приобретают способность самостоятельно придумывать себе домашние задания, развивающие навыки самопомощи.

Глава 12

КУРС ЛЕЧЕНИЯ

Давайте кратко вспомним, с чем мы уже познакомились. Психотерапевт определяет проблемную ситуацию (А), эмоциональный дистресс (П), иррациональные суждения пациента (ИС) и пытается критически обсудить и изменить эти иррациональные представления. Обычно пациенты имеют больше, чем одно А или П, над которыми было бы важно поработать. Если вы видели демонстрации Эллиса, то, возможно, вы упрощенно представляете курс рациональной терапии, поскольку в этих демонстрациях Эллис преднамеренно работал только над одной или двумя проблемами. В ходе лечения также полезно сосредотачиваться на одной проблеме и не пытаться решать одновременно несколько проблем, хотя у пациентов их обычно бывает немало. Начинающий психотерапевт допустит ошибку, если сделает попытку объединить все проблемы пациента в одну общую. Вместо этого, мы советуем работать над каждой проблемой отдельно, но предварительно составить план лечения, чтобы не забыть про какую-то проблему и не завязнуть в жалобах пациента.

План лечения часто составляется в клиниках психического здоровья и в психиатрических больницах;

возможно, план лечения будут требовать многие медицинские службы, где пациенты оплачивают только третью часть стоимости лечения. План лечения позволяет также осуществить систему профессиональной проверки. Лучше всего план лечения составлять исходя из конкретных проблем пациента, как в примере, приведенном чуть ниже. Заметьте, что не все психотерапевты составляют план лечения и не для каждого пациента это необходимо делать. Мы предлагаем вам план лечения как модель, помогающую лучше понять

Составляя план лечения, сначала составьте список всех эмоциональных реакций пациента и различных нарушений поведения. Это эмоциональные и поведенческие аспекты П. Попробуйте обнаружить связь между этими отдельными компонентами П, а также между П и сопутствующими мыслями.

7. Если позволит время, начать исследование социальной фобии.

-Сеанс 6

Проблема 1

1. Проверка домашнего задания; похвалить пациента или устранить затруднения.
2. Обзорная беседа об ИС, ведущих к гневу и тревоге на работе.
3. **Проигрывание самоутверждающего поведения в различных ситуациях на работе для усиления эффекта генерализации.**

44. Домашнее задание: (а) продолжить чтение книги "Ваше полное право" и начать чтение книги "Преодоление фрустрации и гнева" (1974), (б) продолжить письменный анализ по поводу гнева/тревоги при снижении эффективности работы.

Проблема 2

5. Обсудить драматизацию в связи с возможностью оказаться отверженным.
6. Домашнее задание: провести письменный анализ АСПД по поводу страха быть отвергнутым.
7. Сделать краткое резюме узловых моментов лечения за прошедшие сеансы и продумать домашние задания на следующую неделю.

«Сеанс 7

Проблема 1

1. Проверка домашнего задания; похвалить или устранить затруднения.
2. Краткий обзор дискуссии о мыслях, провоцирующих гнев.
3. Домашнее задание: продолжить наблюдение за эффективностью работы на службе, при необходимости

выполнить письменные задания, пытаться применять приемы самоутверждающего поведения.

Проблема 2

4. Проверить письменную дискуссию о страхе быть отвергнутым. Похвалить или устранить затруднения.
5. Использовать прием рационально-эмотивного воображения для вскрытия корней тревоги и провести дискуссию во время сеанса.
6. Начать тренинг социальных навыков: ролевая игра - назначение женщинам свиданий.
7. Домашнее задание на риск: на следующей неделе получить три раза отказ; если это будет угнетать - провести письменный анализ.

Проблема

8. Критический анализ суждений о самооценке, ведущих к чувству вины.
9. Если пациент правильно понимает дискуссию, проверить точность восприятия А.
10. Сделать резюме основных моментов сеанса и повторить домашние задания на следующую неделю.

Прочитав этот план, возможно, вы найдете его слишком объемным; как может врач выполнить так много работы за один сеанс и могут ли пациенты продвигаться вперед так быстро? Не волнуйтесь; этот примерный план, видимо, слегка преувеличен в объеме, он использован с целью выделения трех основных положений:

1. Над каждой проблемой, которую поднимает пациент, важно работать последовательно. Обратите

внимание, как психотерапевт продолжает методично работать над первой проблемой в последующих

сеансах. Хотя по ходу лечения время, уделяемое работе над первой проблемой, с каждым сеансом

сокращается, работа непременно доводится до конца. Внимание психотерапевта к первой проблеме

постепенно уменьшается, по мере успехов пациента врач переходит по существу на предписание домашних заданий и проверку их.

2. Работа над новыми проблемами начинается в тот момент, когда достигнут прогресс в терапии более сложных проблем.

3. В ходе лечения используются разнообразные приемы, некоторые из них будут изложены ниже. Хотя в реальном лечебном сеансе можно проработать все пункты плана, однако количество вопросов по одной проблеме, количество проблем на сеансе, количество сеансов, необходимых для достижения цели, будут значительно отличаться у разных пациентов и у одного и того же пациента на разных стадиях лечения.

Обратите внимание, что каждый сеанс начинается с проверки домашней работы (обычно это

письменная дискуссия пациента) и обзора предыдущей дискуссии на сеансе; в обоих случаях

психотерапевт выясняет, хорошо ли пациент усвоил материал дискуссии. Если пациент что-то не

понял или не справился с домашним заданием, ему оказывается соответствующая помощь.

Часто начинающие психотерапевты проявляют нетерпение или сердятся на тех пациентов, кто совершает ошибки. Понаблюдайте за собой, нет ли у вас таких реакций. Если вы проявляете нетерпение, поищите у себя собственные иррациональные суждения, в частности, мнение о том, что пациент должен чувствовать себя лучше или, по крайней мере, должен лучше справляться с заданиями. Проверьте, не даете ли вы себе оценку в зависимости от успешности лечения пациентов. В беседах с пациентами нередко поднимаются сложные философские вопросы, в которых пациенты не очень хорошо ориентируются. Поэтому дайте разрешение себе и пациентам считать себя новичками в этой области.

Если пациент успешно выполнил домашнее задание и почувствовал снижение эмоционального напряжения во время дискуссии с врачом, подумайте о двух возможных ситуациях на данном этапе лечения:

1. У пациента сохраняются прежние эмоциональные реакции и он может использовать их как ключ для

применения навыков РЭТ. Дискуссия в данной ситуации помогает справиться с проблемой.

2. У пациента сформировались новые эмоциональные реакции. Если пациенту действительно удалось заменить старые ИС на более рациональные суждения, то в ответ на А у пациента автоматически будут появляться более адекватные эмоциональные реакции. Если хорошо отработать рациональные суждения, то они становятся такими же автоматическими, какими раньше были ИС.

ПРОДОЛЖЕНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

После того, как удалось разрешить проблему пациента, довольно часто врача просят продлить лечение. Как

вы поступите в такой ситуации? Полезно прислушаться к мнению пациента. Очень часто изменение

поведения пациентов, достигнутое в результате лечения, позволяет пациентам расширить социальную

активность и они попадают в новые ситуации, в которых чувствуют себя неуверенно. Например, страдавший

ожирением мужчина, после снижения веса может столкнуться с проблемой контактов с противоположным

полом или обнаружить, что окружающие теперь ожидают от него более интенсивной работы. Бывшая

стеснительная домохозяйка может столкнуться с новыми проблемами при устройстве на работу. Другими

словами, даже при отсутствии психопатологических нарушений продолжение психотерапии может принести

пациенту пользу.

В других случаях пациенты поднимают на сеансах новые проблемы, после того, как испытали облегчение в связи с основными проблемами. Эта ситуация напоминает известный эффект фигуры и фона; когда основная проблема (фигура) разрешается, она исчезает и ее сменяют более мелкие проблемы (фон). Это не является примером замещения симптома, когда излечение от одного симптома ведет к появлению или усилению других. Просто теперь у пациента появляется возможность сосредоточиться на менее острых проблемах. Пациенты с низким социально-экономическим уровнем, ведущие жизнь постоянного "преодоления кризисов", на каждый сеанс могут приходить с новой "фигурой".

Когда пациенты действительно часто приходят на сеанс с новыми проблемами, они могут на каком-то этапе

терапии стать недовольными и угрюмыми из-за своего предчувствия мрачного будущего со множеством

проблем, которые можно разрешить только с помощью профессионала. В таких случаях полезно напомнить

пациентам об их прежних проблемах, ставших теперь фоном; подчеркните это пациентам и щедро похвалите

за уже достигнутые успехи. Может также быть полезной следующая аналогия: "Если вы придете к хирургу с

четырнадцатью занозами в руке, даже если пять из них удалить, рука будет болеть, потому что девять заноз

еще остались. Нужно потерпеть и продолжить работу." Однако помните, что доверие пациента к вашей

работе по удалению "психологических заноз" может быть неустойчивым, если вы не подчеркнете, что пять

заноз уже удалили. Другая аналогия, объясняющая описанный выше эффект фигуры и фона, также будет

уместна. Если у вас несильно порезан палец, болит нога, беспокоит тупая головная боль и вы получаете удар

в нос, то, вероятно, вы перестанете замечать первые три симптома до тех пор, пока не исчезнет боль в носу.

Мы рекомендуем сделать обычной процедурой периодическую общую оценку успехов терапии. Пациенты приходят на лечение из-за боли и как только боль исчезает, они не думают больше об этом и забывают о том, каким образом было достигнуто облегчение. Мы все забываем о камешке, попавшем вчера нам в ботинок. Если помочь пациентам не забывать о достигнутом облегчении состояния и о применявшихся с этой целью лечебных приемах, то более вероятно, что они захотят применять те же лечебные приемы и в будущем. Если вы считаете, что у пациента есть прогресс, но он его не замечает, обязательно отметьте имеющиеся успехи в лечении и напомните, какими методами они были достигнуты.

Мы также советуем периодически спрашивать пациентов об их оценке успешности лечения. Пациенты могут дать вам много полезной информации, они обычно хорошо помнят, что помогло им принять позицию врача. Кроме того, замечания пациентов могут помочь вам еще более эффективно проводить сеансы. Задайте следующие вопросы: "Удалось ли мне помочь Вам?", "Как мог бы я помочь Вам больше?", "Не снизило ли какое-то мое действие эффективность сеанса?" Некоторые психотерапевты (Вескел а!., 1978) задают такие вопросы в конце каждого сеанса не только с тем, чтобы иметь обратную связь с пациентом, но и для выявления малозаметных ИС и коррекции ошибочного восприятия.

Периодический обзор успехов пациентов служит также хорошей подготовкой к окончанию лечения.

Пациенты часто испытывают состояние дискомфорта при приближении окончания лечения; например, они могут чувствовать, что не могут действовать независимо и ищут предлог для продолжения терапии.

Поэтому, когда вы оцениваете результаты проделанной работы, можно спросить: "Приближаемся ли мы к достижению целей лечения? Как долго Вы хотите продолжать лечебную работу? Когда мы запланируем подведение итогов проделанной работы в следующий раз?"

ОКОНЧАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ

Хорошее лечение по существу непрерывно подготавливает окончание курса. В частности РЭТ, следуя обучающей модели, пытается научить пациентов навыкам рационального самоанализа. Мы надеемся, что эти навыки пациенты смогут применять в различных ситуациях. По мере прогресса пациента психотерапевт может меньше дискутировать на сеансах и больше оставлять это ему для самостоятельной работы. Мы советуем вам оставаться такими же активными, как и в начале лечения, но несколько изменить направленность своих действий. На ранних этапах лечения вы будете больше говорить об ИС и объяснять, почему они иррациональны. Ближе к концу курса лечения вы будете чаще останавливаться на том, насколько успешно пациенты самостоятельно обсуждают и исправляют свои ИС. Итак, к концу лечения большинство пациентов имеют достаточные представления о теории эмоциональных расстройств и приобретают навыки преодоления их, так что вы можете лишь давать рекомендации по применению этих навыков в различных ситуациях.

Когда пациенты сообщают о готовности закончить лечение и вы считаете, что поставленные в начале лечения цели достигнуты, полезно выяснить, не появились ли у пациентов новые цели и вопросы, которые они хотели бы обсудить. Особенно полезно сделать такое предложение пациентам, стесняющимся заговорить о, по их мнению, незначительных или отдаленных от основной проблемы затруднений. Иногда вы будете встречать пациентов, которые, по вашему мнению, хотят несколько преждевременно закончить лечение; несмотря на решение основной проблемы, у пациентов могут сохраняться и другие достаточно важные проблемы, а вы считаете, что можете им помочь. Однако, если пациенты не хотят работать над этими проблемами, вы совершите этическую ошибку, если будете настаивать на продолжении лечения.

Возможно, вы склонны к максимализму. Нет ли у вас жесткого требования, каким должен стать пациент к

концу лечения? Пациенты не всегда могут достигнуть планируемого вами результата лечения и нет смысла

докучать им и волноваться самим, достигли ли они своего потолка или нет. Можно, и это вполне приемлемо,

закончить лечение до того, как достигнуты конечные цели лечения. В действительности некоторые пациенты

сообщают, что наибольшего прогресса они добились уже после окончания лечения; между моментом

знакомства с принципами РЭТ и твердым решением применять их в жизни может пройти немало времени.

Конечно, вы можете сказать пациентам, что, по вашему мнению, они несколько спешат закончить лечение и

можно обсудить все "за" и "против" продолжения работы над другими проблемами. Однако, пациенты должны принимать решение самостоятельно.

Некоторые пациенты после нескольких сеансов заявляют о полном успехе лечения. В таких случаях "быстрого выздоровления" очень важно спросить пациентов, как они объясняют столь быстрое излечение. Достигнуто ли улучшение в результате правильного применения принципов РЭТ? Не лежат ли в основе резкого улучшения ложные мотивы (например, желание сделать приятное психотерапевту)? Не наступило ли улучшение в результате исчезновения или смягчения Активирующих событий в их жизни? В качестве проверки характера улучшения предложите пациенту представить ситуацию, в которой раньше он расстраивал себя, а теперь нет, и попросите объяснить, почему он перестал себя расстраивать. Ответ пациента показывает, произошли ли когнитивные изменения, и позволяет психотерапевту оценить, стало ли мышление пациента более рациональным.

Если пациент прекращает лечение внезапно, не поставив в известность врача, как в этом случае следует поступить? Во многих клиниках пациентам посылают письма с предложением прийти на прием и при желании продолжить лечение. В большинстве случаев пациентам можно позвонить; хотя в звонках может быть элемент назойливости, они позволяют врачу получить важную информацию и могут быть также полезны и для пациента. Однако, если вы не очень хорошо знаете пациента, телефонный звонок может оказаться не очень желательным. Например, некоторые пациенты свои визиты к врачу держат в секрете от членов семьи; они могут быть смущены вашим звонком и не смогут говорить открыто. Во всяком случае, мы не советуем связываться с пациентом больше одного раза, так как это может быть расценено как назойливость.

Нередко пациенты преждевременно прекращают лечение в силу внешних обстоятельств. Было бы полезно задуматься и спросить себя: "Этот сеанс может оказаться последним с данным пациентом. Что я могу сделать, чтобы этот сеанс был максимально эффективным?" Вот некоторые рекомендации:

1. Спрашивайте пациентов, чем они хотели бы заняться на заключительных сеансах.
 2. Постарайтесь сделать краткий обзор всего лечения: почему пациент обратился за помощью? Чему он уже научился? Хочет ли он еще что-то изменить? Вы можете сравнить свои ответы на эти вопросы с мнением пациента.
 3. Предложите пациенту долговременные поведенческие задания чтобы заполнить пробел, образующийся после окончания лечения. Домашние задания помогают также пациентам помнить те принципы, которым вы их обучали.
- Если пациент прекращает лечение в связи с переездом на новое место жительства, вы можете обсудить с ним

возможность возобновления лечения на новом месте и взвесить все "за" и "против". Возможно, вы порекомендуете пациенту хорошего психотерапевта или подскажете, как можно найти специалиста по РЭТ на новом месте. В Институте по рационально-эмотивной терапии имеется список специалистов по РЭТ в США и за пределами страны.

Можно подчеркнуть пациенту, что переезд сам по себе является стрессом. Поэтому пациентам можно объяснить, что возможно некоторое ухудшение состояния и к этому следует быть готовым. Иначе они могут расценить свой эмоциональный дистресс как доказательство, что им никогда не станет лучше, что в свою очередь повлечет нарастание тревоги, депрессии и решение прекратить лечение по принципам РЭТ. Понимание пациентами причин возможного некоторого ухудшения состояния поможет им добиться дальнейшего прогресса в лечении.

В момент окончания лечения некоторые пациенты, хотя об этом не говорят, выглядят немного

депрессивными. В этом случае вы поймете их состояние по интонациям голоса и невербальным знакам и выскажете свои комментарии по поводу эмоционального состояния пациентов. Позднее вы можете добавить:

"Знаете, если бы Вы не были моим пациентом, мне кажется, мы были бы хорошими друзьями. Я сожалею о том, что мы не увидимся в будущем. Как Вы себя чувствуете в момент нашего расставания?" Если вы не

скажете это пациенту, то, возможно, лишите пациента возможности признаться, что встречи с вами в его жизни занимали важное место.

ПОВТОРНАЯ ИММУНИЗАЦИЯ

Иногда после окончания лечения у пациентов возникает необходимость в консультации или возобновлении непродолжительного лечения. Поэтому, перед тем, как закончить лечение, объясните пациентам, что нет ничего зазорного в повторном обращении и дальнейшем лечении. Это можно сравнить с повторной иммунизацией через определенное время. Жизнь неизбежно будет готовить новые испытания и у пациентов может возникнуть желание обсудить с вами новые проблемы. Было бы неверно считать, что в будущем проблем больше не будет и что пациенты всегда будут абсолютно рациональными.

Глава 13

РАЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К КОНСУЛЬТИРОВАНИЮ ПО ВОПРОСАМ СЕМЬИ И БРАКА

Консультирование семейных пар имеет сходство с ведением очень маленьких групп, состоящих из двух пациентов и врача. Семейное консультирование, как и любую другую разновидность групповой РЭТ, легче понять, если вспомнить, что цель лечения - изменение отдельного человека. Однако, консультирование супружеских пар по нескольким причинам проводить намного сложнее, чем индивидуальную терапию. Во-первых, сложнее сконцентрировать внимание на работе, когда в кабинете одновременно находятся два пациента. Во-вторых, спор между супругами может увести в сторону. В-третьих, врачу приходится иметь дело со многими проблемами: его, ее и их. В-четвертых, большинство лечебных приемов обладают эффектом отдачи; изменение поведения одного супруга может явиться серьезным Активирующим событием для другого и вызывать удовольствие или неудовольствие. В-пятых, одна из основных трудностей семейного консультирования заключается в том, что у супругов могут быть различные планы и намерения; психотерапевту бывает очень трудно сделать несовпадающие намерения совместимыми. Как врачу, вам полезно разобраться, на кого вы работаете: на него, на нее или на брак. Специалисты

называют эту работу "брачным консультированием", как будто они работают на брак или на взаимоотношения, а не на пациентов. Однако, по мнению рациональных психотерапевтов, вы имеете дело с двумя пациентами (или с тремя при групповом браке), а не с браком. Эту точку зрения важно подчеркнуть пациентам; тогда они поймут, что вы работаете с ними как с двумя независимыми взрослыми людьми и ваша цель - помочь каждому из них быть как можно более счастливым, независимо от того, предполагает ли это сохранение брака или развод. Если вы не объясните это своим пациентам, могут возникнуть недоразумения и дополнительные сложности.

Нам кажется, что в семейную консультацию чаще всего обращаются с проблемой развода. Обзор исследований по семейному консультированию (Робог, 1978) показывает, что большинство исследований посвящено супружеским парам только с легкими или умеренно выраженными проблемами. Эти пары в основном совместимы, но имеют конфликты в одной или нескольких областях и им не хватает навыков решения этих конфликтов. Однако, судя по нашему опыту, эти люди не являются типичными парами, обращающимися за помощью. Многие - супружеские пары выглядят несовместимыми, к моменту обращения в семейную консультацию они уже испытали много горечи, произошло снижение сексуального интереса друг к другу, отношения оставались натянутыми. Один из супругов, возможно, уже решил развестись, консультирование может помочь в этом случае расстаться достойно. Вы окажете мало помощи таким пациентам, если будете считать свою работу неудачной, когда дело доходит до развода. Такая позиция означала бы, что вы оцениваете себя в зависимости от достижений.

ЗИ врачи, и пациенты часто проявляют склонность к оценочным суждениям в сфере семейных отношений. Наше общество в целом переживает период быстрых изменений нравов в отношении к заключению браков и разводам. Многие из нас имеют собственные устойчивые представления по многим этим вопросам, хотя, возможно, мы никогда не говорили об этом окружающим или самим себе. Перед тем, как заняться семейным

консультированием, мы настойчиво советуем вам выяснить свои собственные взгляды на этику семейных отношений. Следующие вопросы помогут вам в этом разобраться. Обдумайте серьезно каждый вопрос:

1. Что лучше, иметь семью или быть свободным?
2. Что лучше, плохой брак или безбрачие?
3. Что лучше, стабильный брак или кратковременный?
4. У вас есть желание помочь пациентам улучшить плохой брак?
5. Охотно ли вы советуете супружеским парам развестись?
6. Как вы относитесь к разводам?
7. Советуете ли вы своим пациентам сохранять брак независимо от того, насколько испортились взаимоотношения?
8. Отдаете ли вы всегда предпочтение сохранению брака?
9. Терпимы ли вы к различным формам сожительства, таким как открытий или общинный брак?
10. Считаете ли Вы, что измены всегда ведут к разрушению семьи?
11. Вы считаете, что люди в состоянии сами принимать решения?
12. Вы чувствуете себя уютно, когда помогаете пациентам достичь цели, которую считаете неподходящей для себя?

Неподходящей для пациентов?

Независимо от того, какие отношения вы предпочитаете или какой характер взаимоотношений, по вашему мнению, может устроить всех, вы лучше всего сможете помочь пациентам, если будете проявлять терпимость и принимать их. Ваши шансы помочь пациентам разрешить семейные конфликты повысятся, если вы избавитесь от собственных жестких требований в этой области. Если у вас есть собственная позиция и ваши убеждения диктуют выбор терапевтических задач, познакомьте пациентов со своими взглядами и посмотрите, насколько они себя чувствуют комфортно в связи с предлагаемыми вами задачами. Можно довольно быстро разобраться в собственной системе ценностей в отношении браков и разводов. Проследите, что вы говорите, когда коллеги или знакомые объявляют, что они (или общие друзья) разводятся. Выражаете ли вы обычно соболезнование, даже если ничего не знаете об этом браке?

Этические проблемы нередко возникают при семейном консультировании, если один из супругов до этого

был у вас на индивидуальном лечении. После того, как у вас уже сложились терапевтические отношения с

пациентом, можете ли вы быть объективным и помочь также его супруге? Не будете ли вы стараться в

первую очередь помочь своему пациенту? Даже если вы считаете, что можете оставаться объективным, тем

не менее определенные проблемы могут сохраняться. Будет ли ваш бывший пациент ожидать особого

отношения к нему и защиты его интересов?

2 Не будет ли он сильно оскорблен, если вы будете его критиковать и согласитесь с позицией супруги? В таких ситуациях могут возникать ощущения предательства, если пациентов не подготовить заранее к работе над изменением себя. Новый участник этого трио тоже может иметь собственные ожидания от консультаций с врачом, лечившим своего супруга. Бывший пациент мог измениться во время индивидуальной терапии, некоторые из этих изменений поведения могли привести к семейным конфликтам, поэтому новый участник может испытывать обиду или негодование. Кроме того, новые пациенты могут не верить, что вы будете относиться к ним справедливо.

Отмеченные проблемы можно уменьшить, если четко заявить о новых взаимоотношениях; убедитесь, что обе стороны поняли, что вы будете одинаково помогать обоим супругам и что любые "особые отношения" закончились. Некоторые специалисты считают, что лучше оградить себя от этих проблем и направить супружескую пару к другому психотерапевту или, по меньшей мере, никогда не встречаться с супругами одновременно, если один из них раньше находился у вас на индивидуальном лечении. Мы же считаем такие предписания или даже требования неразумными. Мы предпочитаем в индивидуальных беседах предварительно обсудить целесообразность совместных встреч. Важно все существенные проблемы взаимоотношений при семейном консультировании обсудить еще до начала совместных сеансов.

Другим важным этическим вопросом семейного консультирования является конфиденциальность.

Некоторые психотерапевты настаивают, чтобы у супругов не было секретов друг от друга и от врача; всё

является зерном для помола на мельнице семейного консультирования. Иногда психотерапевты

предупреждают пациентов, что ничего из того, о чем они говорят на индивидуальных сеансах, не будет

держаться в секрете от супруга; эти врачи не хотят обременять себя заботой о сохранении секретов. В то же

время другие специалисты обещают обеим сторонам строгую конфиденциальность. Какому из этих двух подходов отдать предпочтение?

Мы считаем неудачным решение не допускать секретов между врачом и одним из супругов. Как много пациентов доверяли бы вам, если бы они знали, что вы придерживаетесь правила "никаких секретов"? В семейном консультировании такие правила заставляют пациентов скрывать определенные данные, которые могут содержать важную клиническую информацию, или раскрывать какие-то сведения с неблагоприятными последствиями для себя. Психотерапевты, настаивающие на полной откровенности с раскрытием всех секретов, обычно считают, что сами секреты (А) являются причиной семейных проблем (П).

Мы считаем, что лучше всего придерживаться принципа умеренности. Существует несколько правил,

соблюдение которых будет полезным в большинстве случаев. Рекомендуется заранее познакомить пациентов

с вашими правилами и согласовать все вопросы. Если один из супругов хочет поделиться с вами

конфиденциальной информацией, вы поступите правильно, если выслушаете пациента. Скорее всего эта

информация важна для пациента и у вас будет больше возможностей помочь обоим супругам, если вы будете

знать важные подробности о пациентах. Мы рекомендуем предлагать каждому пациенту определенную

степень конфиденциальности, преимущества открытой беседы с пациентом перевешивают некоторые

неудобства, связанные с необходимостью помнить, что является секретом, а что можно обсудить на

совместном сеансе.

Мы считаем сомнительной позицию, что в семье не должно быть секретов. Как много браков сохранилось бы, если бы супруги узнали всю черную правду (противоположность святой лжи) и в семьях не было бы никаких секретов? Сохранился бы ваш брак?

ВЫЯСНЕНИЕ НАМЕРЕНИЙ СУПРУГОВ

Теперь, после того, как мы рассмотрели некоторые нравственные аспекты брака и семейного

консультирования, вы готовы принять первую супружескую пару.

Занимаясь консультированием в первую очередь следует выяснять ситуацию и намерения каждого супруга. Люди обращаются в консультации по вопросам семьи и брака по разным причинам, мы перечисляем ниже некоторые из них:

1. Улучшить взаимоотношения. Это наиболее очевидная причина, но далеко не единственная.
2. Получить поддержку психотерапевта в намерении развестись.
3. Саботировать терапию чтобы получить благовидный предлог для развода (например, "Вот видишь, даже семейная консультация не может помочь нам; нам было бы лучше развестись").
4. Разобраться в вопросе, хотя бы все-таки супруги жить вместе или нет.
5. Узнать мнение специалиста о целесообразности сохранения брака или женитьбы (добрачное консультирование).
6. Получить разрешение на развод.
7. Получить помощь в том, чтобы сохранить собственную неверность в тайне или добиться семейного договора, в котором разрешался бы адюльтер.
8. Заставить супруга прекратить внебрачные связи.

Если вы изначально полагаете, что все пары приходят на консультацию с целью улучшения

взаимоотношений, вы можете потратить напрасно время многих сеансов, неправильно оценив проблему.

Также не следует считать, что супруги будут делиться своими истинными намерениями друг с другом. Они

могут бояться последствий разглашения своих планов или могут быть слишком робкими, чтобы заняться

поиском того, что они действительно хотят. Чтобы разобраться в намерениях пациентов мы советуем

психотерапевтам первый сеанс провести втроем, но затем половину следующего сеанса, целый сеанс или

даже несколько сеансов встречаться с супругами отдельно и выяснить, что же каждый из них хочет. Для этого лучше всего прямо спросить пациентов об их планах. Ниже мы даем фрагмент начала индивидуального сеанса, на котором выясняются намерения пациента:

"Итак, господин Джонс, когда мы встречались на прошлой неделе втроем с вашей женой, Вы сказали, что обратились сюда за помощью в укреплении брака. Я хотел бы спросить Вас, возможно существуют какие-то вещи, о которых Вы хотите сказать мне конфиденциально в момент отсутствия вашей жены? До того, как Вы ответите, позвольте мне дать разъяснения. Люди обычно обращаются в семейную консультацию по разным причинам. Некоторые приходят за разрешением на развод, другие надеются, что психотерапевт поможет положить конец побочным связям супруга, третьи саботируют терапию с тем, чтобы получить предлог для развода и тд. Поэтому я хотел бы знать ваши чувства и намерения. Что Вы хотели бы получить от сеансов? Если Вас что-то беспокоит и Вы не хотите, чтобы Ваша жена знала об этом, скажите мне об этом конфиденциально."

Когда психотерапевт начинает индивидуальные сеансы, вероятно, жена захочет узнать, о чем говорил муж и наоборот. Например, если психотерапевт помогает пациенту расстаться с женой и пациент сообщает об этом жене, возможно, она будет расстроена и дальнейшее лечение окажется безуспешным. Чтобы избежать подобных проблем, не забудьте сказать пациенту или пациентке, что если дома поинтересуются, о чем они говорили на сеансе, он или она могут ответить: "Мы обсуждали мои проблемы." Обычно такой ответ устраивает другую сторону, так как он подчеркивает, что психотерапевт осознает существующие проблемы. И после этого супруги обычно не возражают против индивидуальных сеансов, по крайней мере, временно. Если обе стороны имеют одинаковые намерения, вы можете в дальнейшем назначать совместные сеансы.

Если муж и жена имеют различные планы, какой выбор есть у вас? Если намерения супругов серьезно расходятся, работа психотерапевта становится более сложной и вопросы конфиденциальности и лояльности приобретают особое значение. Совершенно ясно, что врач не может помочь улучшить отношения одной стороне и одновременно помочь другой стороне развестись. Ситуация ухудшается, если один из супругов признался в конфиденциальной беседе о намерении развестись, но не хочет, чтобы об этом знала другая сторона. Такие проблемы обрисованы в следующем наблюдении. Мы приводим этот случай в качестве примера проблем, возникающих при попытках врача проводить совместные консультации с супругами, имеющими различные намерения:

Сэму и Джин примерно по 5 лет, они прожили десять лет и имеют троих детей. После выяснения отношений в связи с подозрением Сэма, что жена - ему изменяет, он ушел из дома. Через две недели после его ухода Сэм предложил обратиться в семейную консультацию. Сэм сообщал, что его подозрения оказались ошибочными. У него был вспыльчивый характер и он часто взрывался. Он сожалел о своем поведении и хотел, чтобы жена его простила и он мог бы вернуться домой. Джин сказала, что Сэм требовательный и суровый человек, что он всегда критиковал ее за то, как она вела домашние дела, и в целом плохо относился к ее родителям. Сэм сообщал, что у Джин тоже есть много недостатков. Она часто заводила его в заблуждение в отношении финансовых проблем и в общих семейных спорах выступала против него.

Получив данную информацию психотерапевт решил поговорить с пациентами отдельно. Сэм сообщил, что он любит свою жену. Он осознавал, что в последние годы их взаимоотношения в браке ухудшились, он признал, что его ригидное импульсивное поведение сыграло в этом свою роль. Он был готов сделать все, что угодно, чтобы удержать Джин. Она сообщила, что испытывает отвращение к его критике и патологической педантичности. Она никогда не изменяла Сэму, хотя знакома с мужчиной, который ей очень нравится. Она хотела развестись и отнеслась отрицательно к предложению подумать, как можно улучшить их взаимоотношения. Джин не хотела говорить Сэму о своем решении из-за страха его мести. Однако, она больше боялась не этого, а реакции ее родителей и детей. Она считала, что родители и дети сочтут ее грешницей и отвернутся от нее. Поэтому Сэм, и особенно ее семья, не должны знать о ее планах.

С Джин состоялась еще одна встреча. Она сообщила, что займется разводом тогда, когда найдет способ

возложить всю вину за это на Сэма. Психотерапевт обещал сохранить эту информацию в секрете. В ходе лечебных сеансов, как можно догадаться, Сэм более охотно сотрудничал с врачом. Когда Джин рассказала,

что в его поведении больше всего действует ей на нервы, Сэм прилежно старался исправить свои недостатки. Он внимательно слушал все советы врача и выполнял точно все поведенческие домашние задания. Джин, в свою очередь, не признавала своей неправоты, не выражала намерения измениться и отрицала гнев или другие негативные чувства к Сэму. Джин никогда не упоминала о своем гневе по отношению к Сэму или о намерении развестись; эта тема оказалась запретной, поскольку психотерапевт обещал Джин хранить ее секреты. Совместная семейная терапия через несколько сеансов была закончена безрезультатно.

Этот случай был особенно сложен для психотерапевта прежде всего потому, что Сэм был введен в заблуждение. В то время, как Сэм упорно трудился над укреплением семьи, психотерапевт и Джин знали, что это безнадежное занятие. Она после непродолжительного семейного консультирования решила разрешить Сэму вернуться в семью на некоторое время с тем, чтобы затем спровоцировать его уход. То есть, он оказался бы виновным, а родители, дети и друзья не обвиняли бы Джин в разводе. Хотя можно было признать, что Сэм на сеансах получил много полезных сведений для себя, все же это было не то, на что он надеялся. Он постарался избавиться от чрезмерной педантичности, которая помимо жены, задевала много других людей. У него снизился страх оказаться одиноким. Он научился определенным социальным навыкам, например, навыкам более эффективного общения с женой и другими женщинами. Все эти изменения могут быть полезны для него независимо от того, сохранится его брак или нет. Но подчеркнем еще раз, он рассчитывал не на эти приобретения. Ретроспективный взгляд на проблему показал, что психотерапевт изначально совершил ошибку, взяв эту пару на семейную терапию, поскольку был очевиден конфликт между намерениями супругов.

Сэму и Джин были рекомендованы индивидуальные сеансы для оказания помощи в решении существующих проблем. Психотерапевт высказал мнение, что решение Джин развестись основывалось на сильном чувстве гнева на Сэма. Если ей изменить свои требования и в результате этого освободиться от гнева, возможно, она иначе отнеслась бы к предполагаемому разводу. После обсуждения этого вопроса, Джин сообщила, что она по-прежнему хочет развестись, но ее останавливает страх быть отвергнутой ее родственниками. В течение значительного промежутка времени проводилась работа над этой проблемой, в результате она приобрела способность принять решение.

Одновременно психотерапевт работал индивидуально с Сэмом над его проблемами: преодоление его требовательности, его страха быть отвергнутым, коррекция его патологической педантичности, улучшение социальных навыков. Хотя Сэм считал, что эти изменения сделают его более привлекательным для Джин, психотерапевт подчеркивал, что они пойдут Сэму на пользу и сделают его более привлекательным как для Джин, так и для других женщин; врач не пытался помочь Сэму прежде всего вернуть Джин.

Таким образом, когда намерения супругов вступают в конфликт, мы считаем, что лучше проводить индивидуальные сеансы с супругами (или с кем-то одним из них). Пациентам, затрудняющимся решить судьбу брака или испытывающим слишком сильный страх или чувство вины перед разводом, можно помочь сначала разрешить собственные эмоциональные проблемы и затем помочь принять решение. Маловероятно, что пациенты будут говорить свободно о таких проблемах на совместных сеансах. Скорее всего проблемы останутся неразрешенными и сеансы семейного консультирования не дадут результата.

РЕШЕНИЕ РАЗВЕСТИСЬ

Пациенты, такие как Джин, кто хочет развестись, но их эмоциональное состояние не позволяет сделать это, встречаются нередко. Обычно тревога и страх заставляют людей "застрять" в нежелательных отношениях. Пациенты часто опасаются негативной реакции родственников и друзей на развод. Они могут бояться, что останутся одинокими ("Я никогда не найду другого мужчину, даже такого как мой "лопух") или что после

развода от них отвернутся. В каждом из этих примеров тревогу вызывает иррациональное суждение о витальной потребности в любви и одобрении. Дискуссия, изложенная в главе 7, показывает, как можно работать с такими пациентами.

Кроме того, таким пациентам полезно проводить гедонистское исчисление. Например, если пациент боится развестись из-за возможного неодобрения окружающих, психотерапевт может задать следующие вопросы:

1. Стоит ли оставаться в плохом браке и многие годы терпеть лишения и разочарования ради того, чтобы

избежать неодобрения окружающих? Особенно если учесть, что такое неодобрение бывает

кратковременным?

2. Будет ли неодобрение окружающих действительно сильным при общей терпимости нашего общества к разводам?

3. Что вынудило бы Вас развестись? Физические оскорбления? Вражда? Как тогда Вы пережили бы неодобрение окружающих?

Подобно этому, лицам, опасаящимся остаться после развода одинокими, полезно взвесить свои шансы на

повторный брак, оценить свои возможности, улучшить свои социальные навыки и повысить свою

привлекательность.

Другой эмоцией, препятствующей разрыву брачных уз, является чувство вины. Типичным примером является случай Рона, прибывшего на семейную консультацию со своей женой Илэйн. При индивидуальной встрече Рон сообщил, что хочет развестись, но не может это сделать. Илэйн была бы "раздавлена - она бы это просто не перенесла". Как может он обидеть того, кто так хорошо к нему относится? У людей в подобном затруднительном положении обычно выявляются три заблуждения, ведущие к чувству вины. Первое, если они разведутся, то их муж или жена "потеряет голову". Второе, они несут полную ответственность за эмоциональное состояние своей половины. Третье и самое важное, они падшие и ужасные люди, если совершают такие безобразные поступки.

Давайте рассмотрим как вы, являясь рациональным психотерапевтом, могли бы оспорить каждое из этих суждений. В отношении первого заблуждения, что супруг потеряет голову, важно спросить пациента, что конкретно означает "потерять голову". Означает ли это "покончить жизнь самоубийством"? Означает ли это "психическое заболевание, требующее госпитализации"? Означает ли это "много плакать"? Означает ли это "потерять на время способность вести домашние дела"? Выражения "потерять голову" или "нервный срыв" очень расплывчаты, поэтому важно уточнить, каких конкретно последствий опасаются пациенты. Да, вероятно Илэйн будет испытывать боль и, возможно, будет переживать в течение длительного времени. Но большинство людей после развода выздоравливают. Многие люди, особенно мужчины-шовинисты, заблуждаются по поводу своей роли в семье и преувеличивают ожидаемую реакцию жены в случае своего ухода. Есть что-то лестное, если не высокомерное, во мнении, что кто-то так сильно любит вас, что этот человек "потеряет голову", если вы уйдете. Однако, если у пациента есть достаточно оснований ожидать тяжелой реакции жены вплоть до выраженных психопатологических расстройств, то имеет смысл выяснить причины таких сильных реакций. Возможно, что депрессивная или истерическая реакция жены усиливается сомнениями пациента о том, не лучше ли остаться в семье. В такой ситуации депрессия будет не отражением психопатологии или чрезмерной ранимости, а адаптивным, хотя и неприятным, поведением, помогающим сохранить брак.

Обсуждая мнение, что жена "потеряет голову" и ее жизнь будет разрушена, полезно также провести гедонистское исчисление. Хотя Илэйн действительно после развода может испытывать выраженную боль, однако здесь остаются другие вопросы. Как много Илэйн теряет, оставаясь в браке с человеком, который не хочет с ней жить? Оправданы ли эти потери? Илэйн получит немалую компенсацию, если сначала испытает боль от разрыва отношений, но затем встретит подходящего человека и будет счастлива с ним. Во всяком случае, Рон не позволяет Илэйн самой принять решение и считает, что он знает лучше, что ей нужно и он может лучше нее провести гедонистское исчисление в отношении ее дальнейшей жизни.

Второе суждение о вашей ответственности при разводе за эмоциональные переживания супруга, справедливо лишь отчасти. Хотя Рон стал Активирующим событием для жены, причиной ее переживаний являются ее собственные оценки ситуации. Если бы она рассуждала рационально, она испытала бы определенное сожаление и неприятные ощущения в связи с его уходом. За эти реакции он может нести ответственность, но любые другие дополнительные страдания в данной ситуации она создает себе сама. Так же, как мысли Рона ведут к чувству вины, мысли Илэйн ведут к депрессии.

Третье суждение является наиболее важным. Даже если после ухода Рона у Илэйн случится нервный срыв,

даже если он в значительной степени является причиной ее страданий, становится ли он от этого плохим или

никчемным человеком? И вновь, можно использовать схему дискуссии, данной в главе 7, для убеждения пациента отказаться от оценивания себя и определения своего рейтинга. После того, как пациент изменил свои ошибочные суждения, он может принять решение исходя из сложившихся взаимоотношений, а не под давлением чувства вины.

НЕСПОСОБНОСТЬ ПРИНЯТЬ РЕШЕНИЕ В ОТНОШЕНИИ БРАКА.

До настоящего момента мы обсуждали конфликт намерений пациентов со стремлением одного из супругов расторгнуть брак. Однако, еще более серьезной проблемой является случай, когда один из супругов не может принять решение, оставаться ли в браке или развестись. Когда пациенты испытывают сомнения, психотерапевту предпочтительнее встречаться с супругами отдельно.

Обычно существует несколько зон эмоциональных конфликтов, мешающих пациентам принять решение по поводу своего семейного положения. Выбор направления психотерапевтической работы с супружеской парой может зависеть от взглядов врача на проблему брака. С одной стороны, пациенты могли бы остаться в браке, но эмоциональное состояние и иррациональные суждения не позволяют им это сделать. С другой стороны, они могли бы расторгнуть брак, но вновь эмоциональное состояние и иррациональные суждения не позволяют им сделать это. Какой ситуацией психотерапевт предпочел бы заняться? Если вы выберете первую ситуацию, то, возможно, вы будете навязывать пациентам свое мнение о том, что нужно сохранять любой брак или, по крайней мере, следует попытаться сохранить брак. Если вы выберете вторую ситуацию, вы будете поощрять развод и, возможно, навязывать оценочные суждения, что непродолжительные браки имеют явные преимущества. Независимо от ваших убеждений и от того, насколько хороши ваши аргументы в пользу вашей позиции, мы считаем, что лучше всего пациенту самому решить, оставаться в браке или нет. Пациенту будет легче принять решение, если вы будете одновременно обсуждать обе стороны этой проблемы.

Вы можете обсудить с пациентом Активирующие события, которые, видимо, возникнут если он решит

сохранить брак, а также эмоциональные реакции на эти А и иррациональные суждения, ведущие к данным эмоциям. И наоборот, вы также можете обсудить возможные последствия расторжения брака. Ваш пациент стоит на развилке двух дорог, каждая из дорог означает жизненно важный выбор, но пациент не сможет правильно оценить свой выбор, если дороги завалены камнями в виде иррациональных суждений и эмоциональных нарушений. Только после освобождения обеих дорог от завалов пациент будет иметь возможность более точно определить, какая из дорог, наиболее вероятно, приведет его к устойчивому счастью. Само собой разумеется, камни убираются с дорог во время дискуссий.

Обращайте внимание на следующее важное иррациональное суждение: человек считает, что нуждается в партнере и остается в браке только из-за страха остаться одиноким. Такое суждение не только вредит самому пациенту, но и очень неприятно для другой стороны. Как бы вы себя чувствовали, если бы знали, что ваша жена (или муж) живет с вами только потому, что боится остаться одинокой? Не очень лестно думать, что ваша половина остается в браке только по невротическим мотивам.

Если это иррациональное суждение удастся после обсуждения преодолеть, пациенты могут осознать, что у них есть право расторгнуть брак. Если же они примут решение остаться в семье, то сделают это потому, что найдут положительные стороны данного брака и восстановят теплые взаимоотношения. Осознание этого может стать тем фундаментом, на котором обе стороны могут построить новые взаимоотношения.

После проработки всех иррациональных суждений пациента, психотерапевт помогает ему произвести гедонистское исчисление всех "за" и "против" в случае сохранения или разрыва отношений.

Достоинства и недостатки каждой альтернативы подробно обсуждаются, что помогает пациенту сделать правильный выбор.

Даже если пациенты преодолели свои иррациональные суждения по поводу своего семейного положения, провели гедонистское исчисление и пришли к определенному мнению, что им было бы лучше остаться в браке или развестись, тем не менее может возникнуть одна дополнительная проблема. Принять решение пациентам может помешать чрезмерный страх решений. В таких случаях обычно два иррациональных суждения затрудняют принятие решения. Первая проблема связана с низкой фрустрационной

толерантностью; решение сделать что-то влечет за собой отказ сделать что-либо еще. Пациент может "застрять" на стадии принятия решения из-за нежелания испытать дискомфорт лишения себя "чего-то еще". Такого рода проблему мы обнаружили у следующего пациента, обратившегося в семейную консультацию: Питер, тридцатилетний бизнесмен, испытывал затруднения, разводиться ли ему или остаться в браке. Он и

Марлен прожили пять лет. Марлен была полностью предана Питеру и заботливо относилась к нему. Однако у Питера была страсть к женщинам и путешествиям. Он хотел иметь новые связи с женщинами и много путешествовать. После проведения гедонистского исчисления Питер пришел к выводу, что Марлен для него дороже всего на свете. Но если он выбирает ее, то у него не будет возможности много путешествовать и иметь много побочных связей. Питер продолжал плакаться по поводу своей ситуации; он был подавлен и чувствовал себя обманутым. Хотя он твердо ставил Марлен на первое место в системе своих ценностей, он не мог принять решение стать преданным супругом. После обсуждения ситуации он признался, что не хочет ни от чего отказываться. Его требование заключалось в том, чтобы он имел возможность сам съесть весь свой пирог. Ему нужна Марлен, нужны другие женщины и ему нужны путешествия.

Ключевое ИС в таких случаях выражается следующим утверждением: "Я должен иметь все, что хочу; я не должен быть лишен чего-либо." В случае Питера психотерапевт постарался показать ему, что (1) он не может иметь все, что хочет, (2) если он откажется от своего требования и примет ограничения любого из возможных решений, он будет намного более счастлив, независимо от того, какое решение он примет. После обсуждения ИС страх принятия решения у Питера уменьшился и он мог спокойно поработать над улучшением отношений с Марлен. Вторым распространенным иррациональным суждением, затрудняющим принятие решения, является вызывающее тревогу мнение о необходимости определенности. Пациенты считают, что существует идеальное безошибочное решение и нужно каким-то образом найти его. Это суждение является разрушительным для брака. Ваша избранница может быть очень желанной, однако как у любого человека, у нее есть свои недостатки и она так же несовершенна, как и все люди. Поэтому, даже если вы живете с самым достойным человеком, это не дает гарантий в отношении будущего. Ваша жена (или муж) может принять решение оставить вас; всегда есть риск, что ваш союз, независимо от того, насколько он желателен, может когда-либо распасться. Даже если бы человек мог предвидеть свое будущее, хотя это невозможно, и был бы уверен в стабильности своего брака, тем не менее все равно некоторая неопределенность сохранялась бы. Всегда есть вероятность того, что кто-то третий, более привлекательный, перейдет вам дорогу или вы будете более счастливым с кем-то еще.

Требование определенности ведет к тревоге, блокирующей принятие решения, поэтому рациональный психотерапевт критически обсуждает это требование и рассеивает миф о существовании определенности. Никто из нас не может предсказать будущее и пока еще не удалось усовершенствовать машину времени. Любым нашим решениям будет не хватать определенности отдаленных последствий. Неопределенность является одним из важных принципов жизни и пациенты будут

меньше расстраиваться, если признают этот факт. Чтобы помочь пациентам избавиться от страха неопределенности, вы можете предложить им представить все самые неблагоприятные последствия того или иного решения. Затем каждое из негативных последствий подвергается анализу "АСП" с тем, чтобы пациенты не преувеличивали тяжесть возможных последствий. Когда пациенты согласятся, что определенность - это миф, и перестанут драматизировать ошибки при принятии решений, у них будет возможность сделать выбор из существующих альтернатив.

УЛУЧШЕНИЕ ОТНОШЕНИЙ

Если у супругов намерения совпадают и они хотят улучшить семейные взаимоотношения, то рациональный психотерапевт может проводить совместные сеансы. Эллис (1962,1972а) считает, что ухудшение семейных отношений часто связано с утверждениями "должен" или какими-то другими требованиями. Мужья и жены провоцируют конфликты между собой, когда предъявляют нереалистичные требования к себе, к другой стороне или к браку. Много проблем возникает в тех случаях, когда один или оба супруга считают, что муж (или жена) всегда должен проявлять любовь, всегда должен быть внимательным, всегда должен делать то, что приятно ей (или ему) и никогда не предъявлять своих требований; другими словами, брак всегда должен быть счастливым и приносить удовольствие. В таких случаях вы постараетесь критически обсудить эти суждения и поможете пациентам заменить их на более приемлемые и менее категоричные взгляды.

Скорее всего при знакомстве с вами супруги не будут говорить: "Мы придерживаемся философии требования и нереалистичных ожиданий." Более вероятно, они скажут вам, что им трудно общаться друг с другом, что они много спорят, что у них ухудшились сексуальные отношения. Иногда супружеские пары ставят себе диагноз, причем делают это неправильно. Многие из них, по-видимому, ставят себе диагноз после прочтения заметок в популярных журналах или воскресных приложениях газет. Например, супруги могут жаловаться на трудности общения, хотя на самом деле они имеют в виду, что не могут заставить друг друга делать то, что они хотят. Было бы желательно изучить самодиагностику супругов и убедиться, что вы согласны с их заключением. Например, общение в действительности означает обмен информацией между разговаривающими; оно не означает, что получающий информацию обязательно согласится с пожеланиями другой стороны.

Специалисты по РЭТ считают, что супружеские конфликты возникают на фоне отрицательных эмоций, таких как гнев, тревога, ревность, чувство вины, которые, в свою очередь, связаны с привычным иррациональным мышлением человека. Когда один или оба супруга мыслят иррационально и находятся в состоянии эмоционального дистресса, весьма вероятно, что у них возникнут затруднения во взаимоотношениях. Если муж считает, что жена должна всегда ублажать его и он часто сердится, то он, возможно:

1. Будет искажать реальность (например, "Она никогда не делает мне приятное", хотя на самом деле она делает).
2. Не научится пользоваться навыками решения социальных проблем, такими как нахождением альтернативных решений ("Что я могу сделать, чтобы она чаще радовала меня? Ничего!").
3. Будет неадекватным в общении (мрачным или гневливым).
4. Будет получать мало удовольствия от общения.

Специалисты по РЭТ не считают, что если пациенты научились мыслить рационально, то они автоматически будут способны умело общаться, договариваться, разрешать конфликты. Однако, рациональное мышление повышает их шансы в овладении этими навыками.

Проводя совместный сеанс вы можете начать с того, что дадите возможность супружеской паре кратко

представить основные проблемы. Только не нужно вдаваться в подробности и превращать сеанс в

выслушивание взаимных претензий супругов. По мере возможности сконцентрируйте внимание на одном из

супругов (в присутствии другого) и помогите выявить иррациональные суждения и заменить их

более рациональными мыслями. Время от времени смотрите на второго супруга или кивайте ему, как бы

сообщая: "Обратите внимание, я хочу чтобы вы также это запомнили." Эта часть сеанса обычно очень

нравится супругу, наблюдающему за дискуссией; например, может сделать вывод, что психотерапевт "просто

гениален", поскольку он сразу разобрался, что все проблемы полностью связаны с поведением жены, а он

совершенно ни при чем. Скоро, однако, после окончания начальной дискуссии, психотерапевт переключает

внимание на мужа и исследует его эмоциональные реакции и помогает избавиться от иррациональных

суждений.

Хотя такое переключение внимания с одного супруга на другого выглядит просто, на самом деле это не так легко. Во-первых, психотерапевту полезно помнить, что группа из трех человек является очень неустойчивой. Так, двое могут легко объединиться и третий оказывается в изоляции. Если врач не научился избегать такой ситуации, один или оба супруга могут воспринимать семейное консультирование как совместную борьбу с врачом против своей половины. Как было отмечено выше, некоторые пациенты стремятся к союзу с психотерапевтом, потому что "он дает понять, что я прав". Этой ловушки можно легко избежать, если вы будете высказывать обоим супругам примерно одинаковое количество замечаний; покажите, что оба супруга испытывают отрицательные эмоции и оба мыслят иррационально, когда обвиняют друг друга, поскольку обвинение ведет к гневу.

Чтобы успеть завершить анализ "АСП" с обоими партнерами и уделить каждому из них одинаковое время, важно уметь распределять время сеансов. Начинаящие психотерапевты, не имеющие большого опыта применения "техник РЭТ, могут обнаружить, что сеанс закончился раньше ожидаемого времени и оказался несбалансированным по распределению времени на каждого супруга. Для того, чтобы избежать таких затруднений, вы можете заранее объяснить супругам свои намерения. Вы можете сказать:

Итак, господа Джонс, вы оба кратко рассказали мне о своих проблемах. У вас обоих есть некоторые

недостатки, которые ведут к вашим спорам. Господин Джонс, Вы сердитесь всякий раз, когда жена

критикует Вас и реагируете вспышкой гнева, что, в свою очередь, расстраивает Вашу жену. Госпожа Джонс,

Вы расстраиваетесь и становитесь угнетенной каждый раз, когда муж поступает неподобающим образом, и

Вы делаете вывод, что он Вас не любит и от этого еще больше расстраиваетесь. Если вы хотите жить вместе

лучше, вам обоим было бы важно избавиться от этих реакций. Я хотел бы обсудить с каждым из вас по

очереди эти проблемы и показать Вам, господин Джонс, как Вы напрасно становитесь раздраженным и как

Вы, госпожа Джонс, напрасно становитесь депрессивной. Итак, кто из вас хотел бы начать беседовать со

мной первым?

После такого вступления психотерапевт начинает обсуждать проблему с одним из супругов в присутствии другого.

Существуют явные положительные стороны ведения дискуссии в присутствии второго супруга. Во-первых,

наблюдая за дискуссией, можно много узнать об иррациональных суждениях и способах их коррекции.

Во-вторых, наблюдая за вами пациент может понять, как лучше помочь своей половине исправить ИС.

В-третьих, наблюдающий пациент может активно включиться в дискуссию и помочь другой стороне

преодолеть ИС прямо во время сеанса.

ПРОБЛЕМЫ ОБЩЕНИЯ

Трудности общения супругов часто возникают в результате эмоциональных блокировок. Если вам удалось снизить эмоциональный дистресс во время сеансов, тем не менее у супругов могут сохраняться проблемы общения в силу старых привычек или отсутствия навыков общения. Трудности общения могут зависеть как от того, кто говорит, так и от того, кто слушает. Наиболее частой проблемой общения является передача неясной или двусмысленной информации.

Двусмысленность в общении возникает при несоответствии вербальной и невербальной информации.

Например, один из супругов может отрицать чувство гнева по отношению к другому супругу, но может

сообщать об этом холодным отстраненным голосом. Существует несколько возможных причин

неоткровенного общения, например, страх быть отвергнутым, страх возмездия, потери контроля или просто

неумение общаться открыто; возможно пациент подражает плохой модели общения и не знает как вести

беседу открыто. Те участники разговора, кто слушает такие нечеткие высказывания, могут усложнить проблему общения, если будут обижаться на говорящего и не попросят разъяснить сказанное. Такое их поведение может объясняться такими же страхами или отсутствием навыков, как и у того, кто передает неотчетливую информацию. В результате этих внутриличностных проблем участвующие в разговоре лица не могут предвидеть реакции партнера, что может породить взаимное недоверие.

Когда вы обнаружили и обсудили критически иррациональные суждения, препятствующие прямому и честному общению, можно далее перейти к обучению навыкам общения. Объем данной книги не позволяет дать подробный список литературы по тренировке навыков общения, однако мы рекомендуем познакомиться с приемами, которые описывают Рауш (1974), а также Джекобсон и Мартин (1976).

Специалисты по тренингу навыков общения находят очень полезными упражнения, когда супруги по очереди заканчивают письменно следующие два предложения. Они продолжают это делать до тех пор, пока не выскажутся до конца.

Мне нравится, когда ты ... Мне не нравится, когда ты ...

ПОВЫШЕНИЕ УДОВОЛЬСТВИЯ В БРАКЕ

Когда супруги раздражены или обижены друг на друга, никто из них не хочет сделать первый шаг к

примирению и нормализации отношений. По этой причине рациональные психотерапевты уделяют

достаточно внимания дискуссиям, направленным на уменьшение эмоциональных всплесков, что помогает

супругам подумать об улучшении их взаимоотношений. Однако, специалисты по РЭТ понимают, что одних

когнитивных изменений может оказаться недостаточно, чтобы построить счастливый брак. "Отсутствие

эмоционального дистресса" не равнозначно "хорошему браку". Полноценный брак предполагает много

приятных переживаний с обеих сторон.

Специалисты по бихевиориальной терапии определяют супружеские конфликты как проблему несбалансированного или редкого подкрепления. Когда супруги посылают друг другу очень мало положительных сигналов и пытаются манипулировать друг другом с помощью отрицательных приемов, их отношения будут совершенно неудовлетворительными. На такой брак (далеко не романтический) можно посмотреть с позиции теории социального взаимодействия (Kelly, 1959). Супруги просто мало посылают друг другу положительных импульсов. Даже если супруги не подвержены эмоциональным расстройствам, отсутствие обмена положительными сигналами между супругами неблагоприятно отражается на взаимоотношениях.

Консультанты по семейным проблемам для повышения удовлетворенности браком применяют поведенческий прием, называемый двойственным договором. Договор - это письменное соглашение между супругами, направленное на подкрепление положительного поведения. Каждый супруг описывает изменения поведения, желательные для другой стороны, причем в этом соглашении акцент делается именно на укреплении положительного поведения (а не на устранении отрицательного поведения). Такая расстановка акцентов связана с тем, что трудно заметить и подкрепить отсутствие каких-то поступков. Психотерапевт пытается научить пациентов замечать и подкреплять положительные поступки мужа или жены. Чтобы подготовить письменный договор, пациенты могут задать себе следующие вопросы:

Какими чертами обладал бы мой новый избранник (или избранница), которых нет у Джоя (или у Элен)?

Какие изменения поведения Джоя (или Элен) сделали бы его (или ее) более привлекательным?

Психотерапевту, возможно, придется научить супругов говорить приятные вещи друг другу; поначалу им бывает не так просто привыкнуть к "спасибо" и "пожалуйста".

Договорные начала отношений помогают пациентам научиться находить приемлемые решения; например:

"В эти выходные мы могли бы пойти в кино на фильм, который ты хочешь посмотреть, если нам удастся в

следующие выходные сходить в театр на оперу." Таким способом супруги учатся принимать справедливые

решения и поэтому каждый из них максимально подкрепляет их совместные

усилия.

После проведения дискуссии рациональные психотерапевты используют этот поведенческий прием как способ помощи пациенту изменить А. Как мы отмечали при описании индивидуальной работы с пациентами, изменение А происходит более успешно после того, как пациент начинает думать рационально.

УЛУЧШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ ЖИЗНИ

Когда проводится семейное консультирование, психотерапевту следует выяснять характер сексуальных отношений в семье независимо от того, поднимают ли сами пациенты эту проблему или нет. Плохая межличностная совместимость супругов не обязательно коррелирует с дисгармонией интимных отношений; у супругов » могут быть сложные отношения между собой при вполне хороших интимных отношениях, а пары с сексуальной дисгармонией могут иметь нормальные отношения в остальных сферах. Однако, семейные конфликты могут возникать в результате сексуальных проблем или могут вести к половой дисгармонии. Независимо от этиологии сексуальных проблем, мы советуем психотерапевтам всячески содействовать улучшению сексуальных отношений супругов. Сексуальные отношения для многих людей являются важной составной частью жизни. Хорошие сексуальные отношения могут способствовать более уважительному отношению супругов друг к другу и побуждать их к улучшению отношений в других областях.

Специалистов по РЭТ в большей мере интересуют эмоциональные проявления сексуальной дисгармонии, чем собственно половые нарушения; эмоциональные переживания находятся в центре внимания психотерапевта независимо от того, являются ли они причиной или следствием (либо и то, и другое) сексуальных проблем. Вы можете помочь пациентам не драматизировать сексуальные проблемы и одновременно поработать над улучшением сексуальной жизни. Мы настойчиво советуем, если у ваших пациентов есть сексуальные проблемы, а у вас нет соответствующей подготовки, консультировать или направлять пациентов к опытным специалистам по секстерапии для проведения этой части лечебной работы. Полезно также познакомиться с литературой по данной проблеме.

РЕЗЮМЕ

л
|

Рациональный психотерапевт не считает, что семейное консультирование подразумевает просто перестройку взаимоотношений. Первым шагом эффективного консультирования является выяснение цели обращения супругов на консультацию, совпадают ли намерения мужа и жены. Если намерения не совпадают, мы советуем проводить сеансы отдельно с каждой стороной и способствовать достижению личного счастья и мужу, и жене. Когда намерения супругов совпадают и вы решаете проводить совместные сеансы, все равно ваше внимание концентрируется поочередно на каждом супруге. Вы не работаете над взаимоотношениями в целом, а помогаете обоим супругам думать более рационально, лучше справляться с проблемами и испытывать как можно больше счастья и как можно меньше эмоциональных дистрессов. Для достижения этих целей психотерапевт ищет ключевые когнитивные элементы проблем пациентов - нереалистичные ожидания или жесткие требования пациентов к себе, к другим или к браку. Когда вы критически обсудили с пациентами их требования, что способствует уменьшению эмоционального дистресса, вы можете также помочь супружеской паре наладить общение друг с другом и улучшить межличностные взаимоотношения, чтобы они доставляли как можно больше радости друг другу.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

-Глава 3.:

1. Я не сдал экзамен -Активирующее событие. О, я такой неудачник -Самооценка.
2. Со мной никто не разговаривает - Активирующее событие.
Я не могу вынести такого одиночества - гедонистская оценка.
3. Моя мать всегда придирается ко мне. Я знаю, она меня ненавидит -Активирующее событие (оценочного

суждения высказано не было).

4. Доктор, самое ужасное произошло на прошлой неделе -оценка Активирующего события.

Моя жена заявила, что хочет развестись -Активирующее событие.

5. Я ел как свинья -Активирующее событие.

Теперь я знаю, что во мне действительно нет ничего хорошего •оценочное суждение о себе.

6. Я зарабатываю только \$30.000 - Активирующее событие (однако, слово "только" предполагает оценку).

Вы называете это успехом? Как я могу быть доволен этим?

-оценка Активирующего события, выраженная риторическим вопросом.

7. Я отлично провела время с Джорджем Активирующее событие. Я чувствую себя такой значительной потому, что он любит меня самооценка.

.Глава 5.:

Все утверждения в этом упражнении являются рациональными суждениями, выражающими оценку, а не абсолютистские требования.

«Глава 8.:

Примеры суждений, ведущих к депрессии:

Я никогда не смогу иметь то, что хочу. Другие делают это лучше, чем я. Я не могу справиться с этим.

Примеры суждений, ведущих к жалости:

. Как ужасно не иметь то, что хочешь! Я бедняжка!

Примеры суждений, ведущих к чувству радости:

Жизнь прекрасна!

Как замечательно я провел время!

Глава 11:

Примеры фраз самоподдержки:

(а) 1. Криком ничему не поможешь.

Постарайся ясно высказать свое мнение без крика и раздражения.

2. Успокойся немного.

Когда я повышаю голос - это сигнал для меня, что мне было бы лучше успокоиться.

3. Это помогает! Я не раздуваю конфликт.

(Б) 1. Здесь я нахожусь в безопасности.

Нет смысла притворяться, что что-то может мне угрожать.

2. Хотя у меня есть страх, я могу справиться с ним.

Это нормально для меня немного волноваться; это не так уж плохо.

3. Я чувствую себя лучше. Я могу это сделать!

(с) 1. Не волнуйся. Волнение мне не поможет. Возможно я смогу удовлетворить ее, если узнаю, что ей нравится в сексе.

2. Я ожидал этот страх. Он напоминает мне чтобы я сосредоточился на своих и ее приятных ощущениях и не переживал о том, что она может обо мне подумать. I

3. Это помогает! Я могу контролировать свои чувства! И чем больше я I расслаблен, тем больше получаю сексуального удовольствия.

1. Я не знаю как начать. Говори просто как можешь. Худшее, что может произойти, - она откажется меня лечить и я могу пережить это.

2. Я могу тревожиться по поводу выражения своего несогласия с ней, но при этом я могу продолжать высказывать свое мнение.

Моя тревога не остановит меня пока я не закончу.

3. С каждой попыткой у меня получается все лучше.

В следующий раз, возможно, я буду еще лучше управлять собой.

«Глава 11:

Активирующее событие: Я ходил на собеседование по поводу работы и мне отказали.

(Пациент ошибочно оценил часть А как рациональное суждение.)

Рациональное суждение:

Я недоволен, что мне отказали. Я хочу найти работу. (Психотерапевт исправляет ответ пациента о РС.)

Иррациональное суждение:

Это ужасно, что я не получил работу.

(Правильно. Здесь могут быть и другие ИС, но заняться их поиском можно позже.)

Эмоциональное последствие:

Я был подавлен.

(Правильно. Данная эмоциональная реакция соответствует

Активирующему событию и ИС.

Здесь возможны и другие эмоции, их можно поискать позднее.)

Дискуссия:

Почему это ужасно, что я не получил работу?

(Утверждение пациента "Мне безразлично, что я не получил работу" является рационализацией, а не фразой для дискуссии. Депрессия часто следует за фрустрацией, если пациент считает фрустрацию "ужасной".

Более рациональным будет следующее мнение, ведущее к другому самочувствию:)

Новый эффект:

Жалко, что я не получил работу, но это не является ужасным.

Нет доказательств, что это нечто большее, чем неудача или разочарование.

Я лучше продолжу поиск работы, чем буду испытывать жалость к себе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Albert!, R. and Emmons, M. Your Perfect Right. San Luis Obispo, Calif.: Impact Press, 1974.
2. Allen, G., Chinsky, J., Larcen, S., Lockman, J., and Selinger, H.
3. Community Psychology and the Schools: A Behaviorally Oriented Multilevel . Preventive Approach. Hillsdale, N J.: Erlbaum, 1976.
4. Beck, A.T. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press, 1976.
5. Beck, AT., Rush, AJ., Shaw, B.F., and Emery, G. Cognitive Therapy of Depression: A Treatment Manual. Copyright by A.T. Beck, 1978.
6. Camp, B. Verbal mediation in young aggressive boys. Unpublished manuscript, University of Colorado School of Medicine, 1975.
7. Carkhuff , R. Helping and Human Relations: A Primer for Lay and Professional Helpers. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
8. Cautela, J. and Baron, M. Covert conditioning: A theoretical analogy. Behavior Modification, 1977, 1, 351-368.
9. Davison, G. C. and Neale, J. M. Abnormal Psychology: An Experimental Clinical Approach. New York: Wiley, 1974.
10. Dyer, W. Your Erroneous Zones. New York: Funk and Wagnalls and Avon Books, 1976.
11. D'Zurilla, T. and Goldfried, M, R. Problem-solving and behavior modification. Journal of Abnormal Psychology, 1971, 78, 107-126.
12. Ellis, A. Requisite conditions for basic personality change. Journal of Consulting Psychology, 1959, 6, 538-540.
13. Ellis, AJ Reason and Emotion in Psychotherapy. New York: Lyle Stuart, 1962.
14. Ellis, A. The Essence of Rational Psychotherapy: A Comprehensive Approach to Treatment. New York: Institute for Rational Living, 1969. (a)
15. Ellis, A. A cognitive approach to behavior therapy.
16. International Journal of Psychiatry, 1969, 8, 896-900. (b)
17. Ellis, A. Growth Through Reason. No. Hollywood, Calif.: Wilshire Books, 1971.
18. Ellis, A. Helping people to get better rather than merely feel better. Rational Living, 1972, 7, 2-9.
19. Ellis, A. Humanistic Psychotherapy. New York: Crown Publishers and McGraw-Hill Paperbacks, 1973.
20. Ellis, A. The education and training of a rational-emotive therapist. Voices, 1974, 10, 35-37. (a)
21. Ellis, A. The treatment of sex and love problems in women. In V. Franks and V. Burtle (Eds.), Women in Therapy. New York: Brunner/Mazel, 1974. (b)
22. Ellis, A. The biological basis of human irrationality. Journal of Individual Psychology, 1976, 32, 145-168.
23. Ellis, A. The basic clinical theory of rational-emotive therapy. In A. Ellis and R. Grieger (Eds.), Handbook of Rational-Emotive Therapy, New York: Springer, 1977. (a)
24. Ellis, A. How to Live With - and Without - Anger. New York: Reader's Digest Press, 1977. (b)
25. Ellis, A. Conquering low frustration tolerance. Cassette Recording. New York: Institute for Rational Living, 1977. (c)
26. Ellis, A. Fun as psychotherapy. Cassette Recording. New York: Institute for Rational Living, 1977.
27. Also in A. Ellis and R. Grieger (Eds.) Handbook of Rational-Emotive Therapy, New York: Springer, 1977. (d)
28. Ellis, A. Research data supporting the clinical and personality hypotheses of RET and other cognitive-behavior therapies. Counseling Psychologist, 1977, 7, 2-43. (e)
29. Ellis, A. Discomfort anxiety: A new cognitive-behavior construct. Invited address to the Association for Advancement of Behavior Therapy Annual Meeting, November 17, 1978. New York: BMA Audiotapes and Association for Advancement of Behavior Therapy, 1978. (a)
30. Ellis, A. Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (Ed.),

31. Current Psychotherapies, 2nd edition. Itasca, 111.: Peacock, 1979. (a)
 32. Ellis, A. Theoretical and Empirical Foundations of Rational-Emotive Therapy. Monterey, Calif.: Brooks/Cole, 1979. (b)
 33. Ellis, A. A note on the treatment of agoraphobics with cognitive modification versus prolonged exposure in vivo. Behavior Research and Therapy, 1979, in press, (c)
 34. Ellis, A. and Abrahms, E. Brief Psychotherapy in Medical and Health Practice. New York: Springer, 1978.
 35. Ellis, A. and Grieger, R. A Handbook of Rational-Emotive Therapy. New York: Springer, 1978.
 36. Ellis, A. and Harper, R. A New Guide to Rational Living. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, 1975.
 37. Ellis, A. and Knaus, W. Overcoming Procrastination. New York: Institute for Rational Living, 1977.
 38. Erickson, M., Rossi, E., and Rossi, S. Hypnotic Realities. New York: Irvington Press, 1976.
 39. Eysenck, H. Experiments in Behavior Therapy. New York: Macmillan, 1964.
 40. Fay, A. Making Things Better by Making Them Worse. New York: Hawthorn Press, 1978.
 41. Fodor, I. Cognitive behavior therapy and couples conflict. Paper presented at the Second National Cognitive-Behavior Therapy Research Conference, New York, 1978.
 42. Goldfried, M. R. and Davison, G. C. Clinical Behavior Therapy. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.
 43. Goldstein, A. J. and Chambless, D. L. A reanalysis of agoraphobia. Behavior Therapy, 1978, 9, 47-59.
 44. Harlow, H. P. The nature of love. American Psychologist, 1958, 13, 673-685.
 45. Hauck, P. A. Overcoming Depression. Philadelphia: Westminster Press, 1974.
 46. Hauck, P. A. Overcoming Frustration and Anger. Philadelphia: Westminster Press, 1974.
 47. Homey, K. Our Inner Conflicts. New York: Norton, 1945.
 48. Jacobson, N. J. and Martin, B. Behavioral marriage therapy: Current Status. Psychological Bulletin, 1976, 83, 540-556.
 49. Johnson, W. People in Quandaries. New York: Harper and Brothers, 1946.
 50. Kassirer, H. and DiGiuseppe, R. Rational role reversal. Rational Living, 1975, 10, 44-45.
 51. Kelly, G. The Psychology of Personal Constructs, Volumes I and II. New York: Norton, 1955.
 52. Kimmel, J. The rational barb in the treatment of social rejection. Rational Living, 1976, 11, 23-25.
 53. Kubler-Ross, E. On Death and Dying. New York: Macmillan, 1969.
 54. Lazarus, A. A. Behavior Therapy and Beyond. New York: McGraw-Hill, 1972.
 55. Lazarus, A. A. Multimodal Therapy. New York: Springer, 1976.
 56. Lazarus, A. A. Film: Broad-Spectrum Behavior Therapy in Groups. Available in rental from Pennsylvania State University, University Park, Pa. 16802.
 57. Lazarus, A. A. Tape recording: Learning to Relax. Available from the Institute for Rational-Emotive Therapy, 45 E. 65th St., New York, N. Y. 10021.
 58. Lembo, J. The Counseling Process: A Rational Behavioral Approach. New York: Libra, 1976.
 59. Luria, A. Speech and formation of mental processes. In M. Cole and I. Maltzman (Eds.), A Handbook of Contemporary Soviet Psychology. New York: Basic Books, 1969.
 60. Mahoney, M. Personal science: A cognitive learning therapy. In A. Ellis and R. Grieger (Eds.), A Handbook of Rational-Emotive Therapy. New York: Springer, 1977.
 61. Raimy, V. Misunderstanding of the Self: Cognitive Psychotherapy and the Misconception Hypothesis. San Francisco, Calif.: Josey-Bass, 1974.
 62. Raush, H., Barry, W., Hertel, R., and Swain, M. Communications, Conflicts, and Marriage. San Francisco, Calif.: Josey-Bass, 1974.
 63. Rogers, C. Client-Centered Therapy. Boston, Mass.: Houghton Mifflin, 1951.
 64. Rogers, C. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. Journal of Consulting Psychology, 1957, 21, 459-461.
 65. Sobel, H. Panel discussion, presented at the Second National Cognitive-Behavior Therapy Research Conference, New York, 1978.
 66. Spivack, G., Platt, J., and Shure, M. The Problem-Solving Approach to Adjustment. San Francisco, Calif.: Josey - Bass, 1976.
 67. Thibaut, J. and Kelley, H. The Social Psychology of Groups. New York: Wiley, 1959.
 68. Tosi, D. J. Youth: Toward Personal Growth. Columbus, Oh.: Merrill, 1974.
 69. Tosi, D. J. and Reardon, J. The treatment of guilt through rational stage directed therapy. Rational Living, 1976, 11, 8-11.
 70. Vygotsky, L. Thought and Language. New York: Wiley, 1962.
 71. Walen, S. R., Hauserman, N., and Lavin, P. A Clinical Guide to Behavior Therapy. New York: Oxford University Press, 1977.
- Wegner, D. M. and Vallacher, R. R. Implicit Psychology: An Introduction to Social Cognition. New York: Oxford University Press, 1977