**Модуль 2. Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями**

**Тема №2**

**Тема:** Клинико-психологическое и экспериментально-психологическое изучение больных с гастроэнтерологическими психосоматическими заболеваниями (продолжение).

**Вопросы:**

***Теоретические вопросы, подлежащие рассмотрению:***

1. Приемы и методы психокоррекции ПСР разработанные в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (А. Бек, А. Эллис).

***Практическая часть занятия:***

*Клинико-психологическое исследование пациента гастроэнтерологического профиля:*

1. Уточнение жалоб больных при поступлении и на момент осмотра.

2. Уточнение анамнеза заболевания и анамнеза жизни.

3. Описание психического статуса на момент осмотра (схема описания психического статуса – см. Приложение 1).

4. Формулирование цели экспериментально-психологического исследования.

***Теоретическая часть занятия:***

В завершении занятия студенты представляют преподавателю устный отчет по проведенной работе, протокол беседы (составляется в свободной форме) и описание психического статуса больного. Также студенты выполняют тестовые задания по теме занятия.

**Основные понятия темы:** клинико-психологическое исследование, открытые вопросы, закрытые вопросы, триада Роджерса, психологический анамнез жизни, психологический анамнез болезни, психический статус.

**Рекомендуемая литература:**

1. Дереча, В. А. Основы психосоматики [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц. (89 с.)
2. Дереча, В. А. Практикум по психосоматике [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов фак. клин. психологии / В. А. Дереча, Г. И. Дереча ; ОрГМА. - Электрон. текстовые дан. - Оренбург : [б. и.], 2013. - 1 эл. опт. диск. - Загл. с титул. экрана. - (в конв.) : Б. ц.
3. Клиническая психология [Текст] : учебник / ред. Б. Д. Карвасарский. - 3-е изд., стер. - СПб. : Питер, 2007. - 960 с.
4. Кулаков, С. А. Основы психосоматики [Текст] : практикум / С. А. Кулаков. - СПб. : Речь, 2003. - 288 с. : ил. - (Психологический практикум).
5. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика [Текст] : справочное издание / И. Г. Малкина-Пых, 2009. - 1024 с.
6. Сидоров П.И. Клиническая психология: Учеб. для студентов мед вузов/ П.И. Сидоров, А.В. Парняков. - 3-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2008. - 880 с.: ил.

**Теоретический материал к Модулю 2 к теме 6.**

1. **Приемы и методы психокоррекции ПСР разработанные в рамках когнитивно-бихевиорального подхода (А. Бек, А. Эллис).**

**КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ**

В основе некоторых современных подходов к изучению психосоматических расстройств лежит «оценочная теория стресса», акцентирующая внимание на роли каузальной атрибуции и атрибутивных стилей. В зависимости от того, каким образом объясняются причины стресса, его преодоление представляет собой либо фокусировку на проблеме (попытку изменить ситуацию), либо концентрацию на эмоциональной стороне переживаемого события (попытку изменить чувства, явившиеся результатом стресса). Важнейшими детерминантами каузальной атрибуции является личный атрибутивный стиль и локус контроля. Исследования подтверждают, что локус контроля может сдерживать травмирующий эффект события. Что касается каузальной атрибуции, то она значительно влияет на выбираемые стратегии преодоления стресса.

Терапевты когнитивно-поведенческого направления предполагают, что психопатологические и психосоматические расстройства являются следствием неточной оценки событий, и, следовательно, изменение оценки этих событий должно вести к изменению состояния пациента. Подобно поведенческой терапии, когнитивно-поведенческая терапия учит пациентов по-другому реагировать на ситуации, вызывающие приступы паники или агрессии. В этом случае устраняются иррациональные суждения, возникшие на фоне тревоги и косвенным образом поддерживающие ее путем оспаривания их уместности. Поведенческая терапия как систематический подход к диагностической оценке и лечению психологических расстройств сформировалась к концу 50-х годов (Вильсон, 2000). К современной поведенческой терапии относятся следующие подходы:

• прикладной анализ поведения;

• необихевиоральная медиаторная модель «стимул — реакция»;

• теория социального научения;

• когнитивная модификация поведения.

По сути, эти четыре подхода различаются степенью использования когнитивных концепций и методов. На одном крае континуума — прикладной анализ поведения, фокусирующийся исключительно на наблюдаемом поведении и игнорирующий какие бы то ни было опосредующие когнитивные процессы. На другом — теория социального научения и когнитивная модификация поведения, в существенной степени опирающиеся на когнитивные теории.

Лежащая в основе поведенческой терапии модель болезни рассматривает соматические и психические симптомы как заученную форму поведения, которая может и «запамятовать-ся». Самые важные модели объяснения этого опираются на классическое обусловливание (респондирующее обучение), оперантное обусловливание (предметное обучение) и познавательно-психологическую модель (в рамках познавательной поведенческой терапии). При этом исходят из того, что поведение в болезни обусловливается воздействием определенных условных раздражителей (респондентно заученное поведение) и через определенные положительные последствия их сохранения (предметно заученное поведение). В последних работах указывается, что определенные мысли и установки (познание) одновременно приводят к развитию соматических симптомов и способствуют их сохранению (Бройтигам и др., 1999).

Новый этап в развитии поведенческой терапии знаменуется трансформацией ее классической модели, основанной на принципах классического и оперантного обусловливания, в когнитивно-поведенческую модель. Мишенью «чистого» поведенческого терапевта является изменение поведения; мишенью когнитивного терапевта — изменение восприятия себя и окружающей действительности. Когнитивно-поведенческие терапевты признают и то и другое: знания о себе и мире влияют на поведение, а поведение и его последствия воздействуют на представления о себе и мире.

Клинической областью, сблизившей когнитивный и поведенческий подходы, явилась невротическая депрессия. Аарон Бек (1967), наблюдая больных с невротической депрессией, обратил внимание на то, что в их переживаниях постоянно звучали темы поражения, безнадежности и неадекватности. Бек заключил, что депрессия развивается у людей, воспринимающих мир в трех негативных категориях:

• негативный взгляд на настоящее: что бы ни происходило, депрессивный человек сосредоточивается на негативных сторонах, хотя жизнь и приносит некоторое удовольствие большинству людей;

• безнадежность в отношении будущего: депрессивный пациент, рисуя будущее, видит в нем только мрачные события;

• сниженное чувство собственного достоинства: депрессивный пациент видит себя несостоятельным, недостойным и беспомощным.

Другим примером является рационально-эмотивная терапия Альберта Эллиса (1962). Эллис исходит из того, что тревога, чувство вины, депрессия и другие психологические проблемы вызываются не психотравмирующими ситуациями как таковыми, а тем, как люди воспринимают эти события, что они думают о них. Терапия Эллиса стремится в первую очередь идентифицировать подобные наносящие ущерб личности («самопоражающие») и вызывающие проблемы мысли, которые пациент приобрел в результате неправильного научения, а затем помочь пациенту заменить эти малоадаптивные стереотипы мышления на более реалистические, используя при этом моделирование, поощрение и логику. Как и в когнитивной терапии Бека, в рационально-эмотивной терапии Эллиса много внимания уделяется поведенческим техникам, в том числе домашним заданиям.

У поведенческих и когнитивных терапевтов обнаруживается ряд общих черт (Doyle, 1987):

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

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

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

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

Когнитивные факторы и стратегии преодоления оказывают влияние на физиологические процессы: при тягостных представлениях наблюдаются повышение артериального давления, учащение дыхания, изменение кровообращения и другие соматические приспособительные реакции. Специальные методы, направленные на изменение познавательных процессов и их последствий, связаны с подавлением нежелательных мыслей и чувств (стоп-мысли), с обусловливанием представлений и мыслей (скрытое обусловливание), с перестройкой автоматизированного познания (познавательное переструктурирование) (Ellis, 1977; Beck, 1979), с техникой обращения с проблемами (тренинг для снятия проблем) и с познавательными методами преодоления стресса («прививка против стресса», тренировка управления стрессом) (Meichenbaum, 1977). **В психосоматике когнитивные лечебные методики всегда могут сыграть роль в тех случаях, когда у больного вырабатываются специфическое ожидание, представления и оценка неблагоприятного течения болезни, т. е. болезненное поведение, и когда можно на основе этого добиться того, что изменение познавательных процессов приведет к облегчению.**

Для пациентов, которые не могут проявлять по отношению к другим людям ни положительных, ни отрицательных эмоций и потому ущемлены в своих социальных взаимоотношениях, предлагается тренировка уверенности в себе; в результате подавленные пациенты решаются, наконец выразить свои чувства и желания окружающим. Упражнения по формированию поведения проводятся в основном в виде ролевой игры; при этом придается также значение обучению модели поведения. Тренировка уверенности в себе важна при психосоматических и невротических нарушениях, которые связаны со страхами, неуверенностью в себе и с социальной угнетенностью.

Все большее значение в психосоматической медицине приобретают так называемые психовоспитательные методики, с помощью которых осуществляются стратегии по подкреплению поведения, благоприятного для здоровья, и отказу от поведения, оказывающего болезнетворное влияние (курение, алкоголизм, нарушения диеты, злоупотребление медикаментами).

Поведенческая терапия — предпочтительный метод лечения мужских и женских сексуальных проблем, таких, как импотенция, преждевременная эякуляция, оргазмическая дисфункция и вагинизм. Энурез — одна из детских проблем, наиболее хорошо поддающихся поведенческой терапии (Вильсон, 2000).

Выявлены специфические паттерны поведения, которые, по-видимому, повышают риск сердечно-сосудистых заболеваний. Модификация этих жизненных стилей может заметно уменьшить вероятность заболевания. К числу факторов риска, становившихся объектом воздействия терапевтических программ, относятся курение, избыточный вес, недостаток физической активности, стресс, гипертония и чрезмерное потребление алкоголя. «Злоупотребление веществами» обычно лечат посредством сочетания нескольких процедур самоконтроля. Стресс и гипертония подвергаются воздействию таких методов, как тренинг релаксации. Методы поведенческой терапии применяются как к больным (индивидуально или в группе), так и к здоровым людям в их производственной или иной социальной среде для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний.

Поведенческие техники также успешно применяются по отношению к таким проблемам, как головные боли, расстройства пищевого поведения (нервная анорексия и булимия), астма, эпилепсия, расстройства сна, тошнота у онкологических больных в связи с лучевой терапией, страхи госпитализации и операции у детей и др.

Более подробно с теорией когнитивно-поведенческой терапии можно ознакомиться в работах (Александров, 2000; Бурлачук и др., 1999; Лазарус, 2000 а, б; МакМаллин, 2001; Beck, 1995; Ellis, 1973; Ellis, Dryden, 1996; Ellis, Grieger, 1977; Lazarus, 1995; Wolpe, 1969).

ТЕХНИКИ

Этот раздел написан по материалам книги «Практикум по когнитивной терапии» (МакМаллин, 2001).

*Метод 1.* ***«Формула ЛВС»***

**Техник**а **1.** «Обучение о**сн**о**вн**о**й** формуле **ABC»**

Первый шаг в любой когнитивной терапии — доказать пациенту важность образа мыслей. Чтобы прояснить ситуацию, начните с двух простых формул.

Старая формула:



Нарисуйте эту схему пациенту в процессе сеанса.

А обозначает активизирующее событие, ситуацию, в которой вы оказались, толчок из внешнего мира, стимул — все, что обусловливает процесс реагирования в целом.

С обозначает либо ваши эмоции, либо поведение. С — последствия А. Это могут быть чувства или действия.

Старая теория утверждает, что А вызывает С, что внешняя ситуация вызывает внутренние чувства и заставляет вас действовать определенным образом.

Правильная же формула следующая:



Нарисуйте это пациенту.

В обозначает когниции, убеждения, установки. В обозначает наши представления о ситуации, мысли, образы, восприятие, воображение, интерпретации и выводы, которые мы делаем относительно А.

По окончании первого сеанса дайте пациенту следующие домашние задания.

**З**а**д**а**ни**е **1. В** следующих примерах описаны ситуации

**ABC,** но во всех отсутствует В. Вам нужно угадать, какие мысли (В) нужно вставить, чтобы связать ситуацию (А) и эмоции (С). Определите в каждом случае А и С и впишите В.

1. Начальник Анатолия отчитал его за опоздание. После этого Анатолий чувствовал себя подавленным.

2. Елена прошла два сеанса терапии и бросила ее, потому что посчитала, что она не действует.

3. У Катерины заболел живот. Ей стало страшно.

4. Олега оштрафовали за превышение скорости, и он сильно разозлился.

5. Ирина смутилась, когда ее друзья заметили, что она плачет на романтических сценах фильма.

6. Сергей был разъярен, когда служащий попросил его документы в то время, как он заполнял анкету.

**Задание 2.** Приведите пять примеров из своей жизни, в которых ваши мысли (В) вызывали болезненные эмоции (С). Опишите их в терминах **ABC.**

**Техника 2. «Доказательства того, что мысли определяют эмоции»**

***Упражнение 1. «Создайте эмоцию прямо сейчас»***

Терапевты могут показать своим пациентам, как их убеждения, а не внешняя среда, порождают те или иные эмоции. Терапевту нужно продемонстрировать, как пациент может почувствовать себя счастливым, не преобразуя ничего в своем окружении, детстве, а только меняя свой образ мыслей.

Для того чтобы это сделать, дайте полное описание любой сцены, в которой задействованы несколько сенсорных модальностей. Чем больше ощущений пациент будет использовать в своем воображении, тем лучше. По очевидным причинам сцена должна быть скорее приятной, чем наоборот. Вы можете создать любое, какое пожелаете, описание. Попросите своего пациента представить эту сцену настолько ярко, насколько это возможно.

***Упражнение 2. «Лучшие примеры из собственного прошлого пациента»***

Большинство пациентов уже имеют представление о силе В из своей собственной жизни. Полезно будет напомнить им о том, что они уже знают. Попросите их вспомнить моменты, когда они были чем-то сильно обеспокоены, потрясены или расстроены, но что больше не имеет над ними власти — то, что они смогли преодолеть. Попросите их сосредоточиться на первоначальном событии и определить А и С. Пусть они обрисовывают ситуацию, пока она не прояснится в их сознании, а затем попросите их установить В. Что они говорили себе, когда были так расстроены? Наконец дайте им сконцентрироваться на том, в чем они убеждены на сегодняшний день. Что такого они говорят самим себе сейчас, во что не верили прежде?

***Упражнение 3. «Если изменится В, то изменится и С»***

Приведите своим пациентам несколько примеров АВ. Возьмите в качестве константы ситуацию (А), а в качестве переменной — внутренний диалог. Попросите их определить эмоцию, которую будут вызывать различные мысли (В). Проанализируйте различные варианты реагирования (С) на одно и то же событие(А).

Лучшие примеры — те, которые создает сам пациент. Их преимущество в том, что они являются лично значимыми и поэтому обладают внутренне присущей им убеждающей силой. Терапевт должен побуждать пациента думать, как в его собственных примерах В вызывают С.

1.А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. А.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

С.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

и т. д.

***Метод 2. «Определение убеждений»***

**Техника 1. «Определение ожиданий»**

***Упражнение 1***

Отдельные В появляются до того, как случается А. Чаще всего это глобальная философия, или взгляд на мир, которая обусловливает то, каким образом пациенты встречают событие.



Ожидания

**А** — активирующее событие, или стимул В — когниции и убеждения разных видов (в данном случае, это — ожидания)

Сэ — эмоциональная реакция — то, что мы чувствуем Сп — поведенческая реакция — то, что мы делаем

Ожидания —это то, что пациенты хотят от себя, других и мира в целом. Это критерии, которые они используют, чтобы решить, были они успешны или провалились, их собственные притязания на то, как они должны себя вести. У пациентов могут быть заниженные или завышенные ожидания относительно себя, других или мира. Когда они нуждаются в достижении желаемого, то ожидания становятся требованиями. Зачастую нереалистичные ожидания являются единственной причиной эмоциональных проблем.

Попросите пациента сосредоточиться на проблемной ситуации и продолжать воображать ее до тех пор, пока она не прочувствуется достаточно отчетливо.

Попросите его определить наилучший исход в данной ситуации и отметить свой ответ на десятибалльной шкале. Крайние деления на шкале соответствуют наилучшему и наихудшему событиям, которые могли случиться с ним в жизни. Например, завоевание Нобелевской премии (10) может быть противопоставлено диагностике рака последней стадии (0).



Пусть пациент представит наилучший и наихудший исход в проблемной ситуации и отметит их значения на шкале.



Пусть ваш пациент решит, где будет находиться точка ПДП (просто-достаточно-приемлемое). Объясните, что ПДП — «это тот исход, который вы сочли бы просто достаточно приемлемым — минимум, необходимый для вас, чтобы воспринимать событие довольно позитивным».



Наконец, попросите пациента заполнить несколько шкал для других проблемных ситуаций, следуя той же процедуре. После этого вы будете в состоянии определить, какие ожидания, требования к себе и обозначения он использует, чтобы оценивать других и себя.

Эти шкалы помогут вам выявить различные аспекты невидимых ожиданий ваших пациентов. Пронаблюдайте, как измерительные шкалы пациентов отличаются от таковых большинства людей, сталкивающихся с подобными ситуациями. Например, следующие шкалы отражают такие искажения.

**Техник**а **2.** «Определение **с**а**м**о**эфф**ект**ивн**о**сти» *Упражнение 1***



Сделайте так, чтобы ваш пациент расслабился и сосредоточился на определенной проблемной ситуации (АС).

Попросите его предсказать свою способность успешно с ней справиться и проставить это значение на континууме (можете использовать те же шкалы, что и для ожиданий).



Пройдитесь по нескольким различным ситуациям, чтобы установить, как пациент понимает свою самоэффективность. Занижена она или завышена?

Будучи тесно связанной с самоожиданием, самоэффективность обычно обсуждается вкупе с ней; это соотношение синергично. Например, высокие ожидания и низкая самоэф-фективность — одна из самых неблагоприятных комбинаций. Депрессивные пациенты зачастую требуют от себя слишком многого и мало надеются на то, что они этого достигнут.

Можно попросить пациентов поместить обе переменные на одном континууме, как это показано ниже.



«Покажите мне на этой шкале, что вы считаете для себя просто достаточно приемлемым результатом (ПДП). А теперь отметьте, какой эффективности, на ваш взгляд, вы можете добиться». Пациенты, которые видят свои проблемы подобным образом, впадут в уныние. Им будут казаться бессмысленными любые попытки, поскольку ожидаемый успех слишком далек даже от минимально приемлемого исхода.

**Т**е**хни**ка **3.** «Определение «**Я-**ко**нц**е**пции» *Упражнение 1***



Несмотря на то что существует множество достаточно полезных способов измерить «Я-концепцию», вероятно, наиболее ценным для когнитивного терапевта методом будет извлечение «Я-концепции» из составленного пациентом списка В. Составьте список ведущих идей пациента. Выберите те В, которые напрямую обращены к «Я». Найдите позитивные и негативные валентности, которые пациент проявляет в каждом из этих убеждений. Например, такое В: «Мир — огромное и опасное место» — демонстрирует соответствующую «Я-концепцию»: «Я слабый и беспомощный». Такая установка будет негативной «Я-валентностью».

**Т**е**хни**ка **5. «Из**б**и**рател**ьн**о**ст**ь **п**а**мя**т**и» *Упражнение 1***



Объясните своему пациенту принципы избирательности памяти. Возможно, вы пожелаете предложить ему их письменное изложение. Этому поможет следующая памятка об избирательности памяти.

Избирательная **п**а**мя**ть

Каждый раз, предаваясь воспоминаниям о прошлом — о великих событиях, произошедших с вами, когда вы были старшеклассником, о своей первой любви, о том чудном времени, что вы провели, живя в Петербурге, — вы должны быть осторожны, потому что ваши воспоминания могут обманывать вас. Вы могли создать фантазию о том, чего никогда не было, потому что выборочно опустили те предметы, эмоции и события, которые не совместимы с желаемым настроением. Обманываясь таким искажением и принимая его за истину, вы воспринимаете это сфабрикованное прошлое как реальное.

Иногда искаженная память о прошлом создает ощущение несчастья в вашем настоящем. В таких случаях единственный способ стать удовлетворенным в текущий момент — заставить себя аккуратнее воспроизводить прошлое. Только в том случае, если вы будете вспоминать о своей истории самым беспристрастным и непредубежденным образом, уроки прошлого опыта станут вашим ориентиром.

Лучше осторожно выбирать свое прошлое.

***Упражнение 2***

*Смутное припоминание.* Попросите пациента вспомнить какое-нибудь событие, но не в деталях, а общее впечатление. Пусть он запишет свои воспоминания на бумагу или аудиокассету.

*Релаксация.* Затем введите его в состояние релаксации: либо обучите систематическому расслаблению, либо дайте ему прослушать запись со звуками природы или успокаивающей музыкой.

*Детальное припоминание.* Пусть он представит, что путешествует назад в прошлое и возвращается к ранним эпизодам. Выберите определенную сцену для рассмотрения. Напомните пациенту, чтобы он подключил все ощущения для ее воспроизведения: зрение — какие цвета, освещение, предметы, движения, перспективу он видит? Слух — может ли он слышать разговоры? Воспринимает ли фоновые звуки, музыку, разговор в соседней комнате, гул машин на улице? Обоняние — какие замечает запахи? Кинестетика — двигается, стоит или лежит? Эмоции — чувствует себя счастливым, грустным, испуганным, разозленным? С какой силой и в какой комбинации? Пройдите по всем ступеням, не перепрыгивая и не обобщая. Используйте как можно больше деталей. Память можно стимулировать просматриванием фотографий, дневников и писем. Напомните ему о событиях, также происходивших в это время. Используйте любые подсказки, которые могут помочь вспомнить былое время.

*Запись.* Кратко набросайте то, о чем вспомнил ваш пациент.

*Сравните* первое (смутное) воспоминание с последним (детальным). Что не удалось вспомнить? О чем он забыл?

**Т**е**хни**ка **6.** «Определение атр**и**бу**ции» *Упражнение 1***



Сосредоточьтесь на характерных для пациентов ситуациях (АС).

Как они считают, что вызвало их проблемы?

Пусть они в своем воображения нарисуют все другие, какие они только могут себе представить, возможные причины. Продолжайте до тех пор, пока каждый не составит большой список.

Помогите им найти объективные доказательства «за» и «против» каждого пункта их списка. Отберите причину с наибольшим числом доказательств «за» и наименьшим — «против».

**Т**е**хни**ка **7. «**О**п**ре**д**е**л**е**ни**е о**ц**е**нки» *Упражнение 1***

Помогите пациентам составить список из десяти событий их прошлого, которые сильно расстроили их.

Помогите им отметить степень их расстройства на континууме от 1 до 7. На данном континууме событие было оценено в 6 баллов.



Затем пусть пациенты оценят урон, который они понесли вследствие этого события. На данном континууме показана оценка в 2 балла.

Разница в баллах показывает, насколько пациент преувеличивает события: +4.

Напомните своим пациентам, чтобы в следующий раз, когда они будут расстроены, они вспомнили, насколько они преувеличивают событие, и попробовали снизить свой страх до реалистичного уровня.

Многие оценки пациентами своих эмоций очень изощренны. Они выкручивают и выворачивают свои эмоции так, что не могут справиться с ними. Можно привести следующие примеры:

«Я не должен чувствовать это».

«Неправильно, что я должен испытывать это».

«Чувствовать опасно».

«Я должен уметь контролировать эту эмоцию и справляться с ней».

«Если я не избавлюсь от этого чувства, то оно одолеет меня и будет мной управлять».

«Я не вынесу этого чувства».

**Т**е**хни**ка **9.** «Определение скрытого **зн**а**ния»??**



***Упражнение 1***

Попросите пациентов сосредоточиться на том, когда в последний раз они вели себя импульсивно. Ищите поведение, а не мысль или эмоцию. Выберите ситуацию, когда они хлопнули дверью, проклинали кого-то или убегали от какой-нибудь опасности.

Помогите пациенту припомнить те скоротечные мысли и ключевые когниции, которые позволили им действовать. Вот несколько возможных мыслей, которые вы можете обнаружить:

• «Я должен выразить свои чувства».

• **«Я** не могу их контролировать».

• «Это правильный образ действий».

• «Так я смогу избежать наказания».

• «Я не виноват, что-то вынудило меня сделать это».

• «Я должен сделать это».

• «Я обязан так поступить».

• «Я не могу избежать этого».

• «Я желаю это сделать».

Сосредоточьтесь на одной из мыслей пациента и измените ее, чтобы убедиться, что вы нашли нужную когницию. Пусть пациент представит, что он думает противоположным образом. Пусть он вообразит себе эту сцену так живо, насколько это возможно. Спросите его затем: «Если бы вы думали по-другому, вы бы все равно так себя повели?» Если он ответит, что нет, он не повел бы себя подобным образом, значит, вы нашли его скрытое знание.

**Т**е**хни**ка **10.** «Об**ъясни**тел**ьный сти**ль»



***Упражнение 1***

Пусть ваши пациенты составят список своих центральных проблем. Например: «У меня неприятности во взаимоотношениях».

Помогите им решить, сколько из этих проблем являются долговременными и вряд ли изменятся. Например: «Я буду всегда портить отношения» или «Я испытываю трудности прямо сейчас».

Как много глобальных проблем по сравнению со специфическими? Например: «У меня ни с кем не может быть хороших взаимоотношений» или «У меня неприятности в отношениях с Олегом».

Уверены ли ваши пациенты в том, что сами вызвали свои проблемы, или же думают, что некие внешние силы создали их? Например: «Что-то не так во мне, если у меня проблемы в общении» или «Мне не везет со взаимоотношениями».

Помогите пациентам найти альтернативные объяснения. Если они оценили свои проблемы как внутренние и постоянные, превратите их во внешние и временные. Проделайте тоже самое, если пациенты оценили проблемы как внешние и преходящие. Заметьте, как изменятся ощущения пациента, какие эмоции у него возникнут.

***Метод 3. «Группы убеждений»***

**Техника 1. «Определение центральных убеждений»!!!**

***Упражнение 1***

Для всей последующей работы очень важно найти центральные убеждения пациента. Когнитивная терапия эффективна, только когда терапевт работает над верными центральными убеждениями.

Пусть ваши пациенты расслабятся на пять минут. Переведите их внимание с внешних событий на внутренние.

Обратите их внимание на А. Пусть они как можно более ясно представят волнующую их ситуацию. Пусть они используют все свои ощущения (зрительные, слуховые, обонятельные, осязательные, вкусовые, кинестетические), чтобы как можно живее вообразить А.

Когда у них получится представить в уме А, переведите их фокус на Сэ, их эмоции. Какие эмоции у них возникают, когда они представляют А? Попросите пациентов не придумывать эмоцию, пусть она появится сама. Дайте им возможность прочувствовать ее.

Теперь попросите пациентов сосредоточиться на своих мыслях. Спросите их: «Что вы говорите себе прямо сейчас об А такого, что это приводит вас к эмоции С? Пусть это будут первые возникшие у вас в уме мысли». Если необходимо, прервитесь ненадолго и запишите эти убеждения, затем вернитесь к мысленной концентрации. (На этом этапе вы знакомитесь с поверхностными убеждениями пациентов.)

Держите в уме их убеждение и задайте вопрос вроде: «И что из того, что?..» или «Почему это так важно, чтобы?..» Продолжайте задавать один и тот же вопрос, пока вы не найдете ключевой ответ. Очень важно выслушать ответы пациентов и подождать, пока мысли не возникнут в их воображении. (Вы можете найти полезным записать весь процесс, чтобы облегчить себе анализ ответов пациентов.)

У пациентов обычно бывает серия центральных идей. Работая над изменением убеждений, лучше не начинать сразу с центрального. Оно слишком отдалено от непосредственно воспринимаемых и пациентом обычно не осознается.

**Техника 2. «Определение жизненных ориентиров»**

***Упражнение 1. «Список критических событий и жизненных ориентиров»!!***

Составьте список из 30 самых критических событий, случившихся в жизни вашего пациента. Выбирайте не только негативные (смерть любимого человека) события, но и другие поворотные точки, которые могут быть и позитивными, и негативными (получение степени или женитьба), или случаи, не представляющие значения для стороннего наблюдателя. Если они важны для пациента, то включайте их в список. Вам необходимы три списка: 10 инцидентов из детского возраста, 10 — из подросткового, 10 — из взрослого.

Разберите события в терминах А и Сэ. Что случилось и что чувствовал пациент?

Как только вы собрали все 30 АС-инцидентов, попытайтесь найти «тогдашние» центральные В для каждого из них. Это не то, что они думают сейчас об этом, а их мысли в то время. К каким выводам о себе, о других людях и о мире привело это событие?

Вернитесь к началу списка и проработайте его до конца, обращая внимание на повторение тем или В. Слова для обозначения тем могут меняться с годами. Составьте список подобных убеждений.

***Упражнение 2. «Главный список идей»***

В качестве заключительного упражнения, собирая убеждения своего пациента, составьте основной список его идей. Этот список должен включать в себя главные В пациента, собранные вами в процессе всей работы. В нем должно быть не менее 30 пунктов, и он должен быть как можно более исчерпывающим.

Каждую мысль пронумеруйте и запишите отдельно. Не беспокойтесь сейчас о словах, вы можете исправить их после. Единственная ошибка, которую вы можете сейчас допустить, не включить все В своего пациента. Записывайте все: если вы повторитесь, то потом можете вычеркнуть эти мысли.

**Техника 3. «Когнитивные карты»**

***Упражнение 1***

Составьте из списка основных идей вашего пациента когнитивную карту. Вы можете сделать это, взяв каждую мысль из списка и сопоставив ее со всеми остальными мыслями.

Спросите себя и своего пациента: «Чем похожи эти мысли? В чем они разные? Какая мысль идет сначала, а какая следует за ней?» Например, если в списке есть мысль: «Я скверный человек» и «Мне нужно быть совершенным», то они определяются как связанные. Попытки стать совершенным могут быть компенсацией чувства неполноценности. Чувство своей неполноценности может быть результатом неосуществленных перфекционистских стандартов.

Зафиксируйте отношения между мыслями с помощью графика или когнитивной карты (рис. 2).

Через сеанс просмотрите карту и внесите все предложенные изменения. У людей с разными эмоциональными проблемами разными будут и когнитивные карты.



*Рис. 2. Пример когнитивой карты*

***Метод 4. «Жесткие техники опровержения»***

**Техника 1. «Контратака»**

***Упражнение 1***

Помогите пациенту найти веские контраргументы для каждой иррациональной мысли. Проверьте, действительно ли они ее опровергают. Например, аргумент: «Невозможно преуспевать во всем» сильнее, чем: «Часто бывает довольно сложно во всем добиваться успеха».

Пусть пациенты составят как можно больше контраргументов.

Убедитесь, что контраргументы реалистичны и логичны. Когнитивная реструктурирующая терапия не поддерживает мнение о силе позитивного мышления, когда очень часто люди занимаются позитивным самообманом. Вместо этого она подчеркивает силу правдивого, реалистичного мышления и просит пациентов говорить себе правду, а не только то, что приятно звучит.

Проинструктируйте пациента постоянно оспаривать иррациональные мысли. Иногда требуются месяцы, чтобы от техники появился эффект, и многие пациенты отказываются от такого вложения времени, говоря, что уже опробовали ее и безрезультатно. После выяснения затраченных пациентом усилий терапевт обычно обнаруживает, что пациент поспорил сам с собой в течение часа или двух. Пациенты должны понять, что им нужно опровергнуть утверждение столько же раз, сколько раз они за него до этого ратовали. Может быть, им придется по часу в день в течение года или более преодолевать то коренное убеждение, с которым они прожили всю жизнь.

Проверьте, чтобы каждый контраргумент был одной модальности с иррациональной мыслью. Соотнесите визуальные иррациональности с контрвизуализациями, лингвистические ошибки — с лингвистическими поправками, гневливые мысли—с сострадательными, пассивные — с активными, проприо-цептивную неразумность — с проприоцептивной реальностью и т. д. Когда опровержение относится к одной модальности и тому же логическому типу, что и иррациональная мысль, больше вероятности, что оно будет иметь пробивную силу.

Атакуйте все иррациональные идеи пациента, а не только отдельные из них. Важно привязать опровержение ко всем когнициям, вызывающим эмоциональный отклик. Если были упущены главные установки, терапевт может потерпеть неудачу в работе по нейтрализации эмоций.

***Упражнение*** *2*

Составьте список веских контраргументов.

Помогите пациенту подобрать мощное опровержение. Пациент должен попрактиковаться в технике контратаки в вашем присутствии, моделируя ваше поведение, пока не будет достигнут необходимый уровень напряженности. Постепенно подводите ответы пациента к драматичной, напряженной и энергичной контратаке.

Терапевт может усилить контратаку, поощряя использование пациентом физического выражения эмоций, когда он постепенно сокращает мышцы. Вначале пациенты проводят контратаку с расслабленными мышцами, затем со слегка напряженными, потом — с сильно сжатыми. Часто физическое и эмоциональное напряжение у пациентов протекает параллельно.

Пациенты также могут усилить контратаку, модулируя голос, постепенно повышая тон и увеличивая громкость. Контрутверждение поначалу может произноситься мягко и в нос, затем нормально, ртом, затем, пока верхние доли легких наполняются воздухом, громко, затем очень громко, с легкими, полными воздуха. Как и при физическом выражении, голос становится аналогом степени разгневанности пациента.

**Техника 2. «Контрутверждения»**

***Упражнение 1***

Обучите пациентов основным принципам тренинга уверенности. Помогите им стать уверенными с самими собой прежде, чем они начнут практиковаться быть уверенными с другими. Например, вы можете сказать пациенту, критикующему себя за невыгодное вложение денег, что существует четыре различных способа справляться с ошибками. Вы можете быть:

• *пассивным —* проигнорируйте свою ошибку и притворитесь, что ничего не произошло. Это невыгодно, потому что вы, скорее всего, будете продолжать совершать ту же ошибку и не достигнете своих финансовых целей;

• *агрессивным* — атакуйте себя. Вините себя нещадно за то, что были так глупы и растратили деньги. Такой подход вызовет боль, снизит самоуважение и приведет к тому, что вы, вероятно, не воспользуетесь в будущем *ни одним* шансом выгодно вложить деньги;

• *пассивно-агрессивным —* вы можете наказать себя косвенно выпивкой, перееданием или нарочно худшим вложением денег. Это вредно не только потому, что вы не достигнете своих целей, но и потому, что, играя в прятки с самим с собой, вы перестанете понимать, какую ошибку совершили;

• *ассертивным —* будьте честны с собой в том, что вы допустили ошибку. Воспринимайте этот промах как недостаток суждения, а не характера. Уточните природу ошибки. Опишите, *что* в будущем вы постараетесь сделать по-другому.

Эффективными могут быть многие практические техники, но наиболее полезными для развития уверенности в себе являются ролевые игры и репетиция с аудиокассетой.

• *Ролевая игра.* Составьте список типичных конфликтных ситуаций, в которые попадает ваш пациент. Однако, в отличие от стандартного тренинга уверенности, конфликт должен быть не внешний, а внутренний. После этого пусть пациент потренируется в озвучивании четырех различных вариантов внутренней реакции. Попросите его обратить внимание на различные эмоции, которые вызывает каждый из подходов.

• *Репетиция с аудиокассетой.* Пациенты практикуют свои уверенные ответы, записывая их на кассету до тех пор, пока содержание и тон их не будет, на их взгляд, удовлетворительным.

**Техника 3. «Диспут и оспаривание» *Упражнение 1***

Будучи неструктурированной, когнитивная терапия тем не менее использует определенные установленные компоненты на различных стадиях терапевтического процесса.

Помогите пациенту сосредоточиться на центральной иррациональной мысли, вызывающей вину, страх, гнев или депрессию.

Попробуйте найти доказательства против этого убеждения.

Обсудите «катастрофицирование» (например: «Это так ужасно, кошмарно и катастрофично, что...») и требования пациента к себе («Я должен, я обязан, мне надо...»).

В большинстве случаев опровержения не выдаются терапевтом прямо. Вместо этого используются косвенные вопросы, чтобы помочь пациенту найти свои собственные опровержения.

Поощряйте обсуждение и оспаривание пациентом иррациональных мыслей каждый раз, как они проявляются. Предполагается ежедневная формальная практика. Часто полезными оказываются записывающие устройства.

**Техника 4. «Форсирование выбора» *Упражнение 1***

Найдите центральное ошибочное убеждение, которое вызывает наибольшую боль у пациента. Например, пациент может верить, что его или ее цель в жизни — это исполнить воображаемые «должен», «надо» и «обязан».

Опровергните ошибочные убеждения пациента, предоставив как можно больше убедительных противоположных взглядов. Например, что «должен» и «обязан» нигде, кроме человеческого ума, не существуют. Мир такой, какой он есть. И в нем нет ни «должен», ни «надо», ни «обязан».

Разыграйте ситуацию, в которой пациент сталкивается только с двумя выборами: следовать старому восприятию или перейти к новому. Например, предложите ситуацию, в которой два «должен» одинаковой силы противопоставлены друг другу и оба приводят к серьезным негативным последствиям.

Делайте все, что в ваших силах, чтобы помочь пациенту встретиться лицом с конфликтом. Если вы поддержите его и предложите дорогу к бегству, которая не требует от пациента смены убеждений, он воспользуется ею.

На высшей точке конфликта определите, какие перемены необходимы, и мотивируйте пациента их осуществить.

**Техника 5. «Создание диссонанса» *Упражнение 1***

Попросите пациентов представить вам свои когнитивные карты. Схема может быть общей или конкретной. В то время как пациенты описывают свои воззрения, терапевт очень внимательно записывает принципы, доказательства и подтверждения, которые они приводят.

Проведите несколько серий тщательно подготовленных вопросов, нацеленных на опровержение готовых схем пациентов. Вместо вопросов, направленных на контраргументацию, подготовьте такие, которые введут пациента в диссонанс.

Пациенты обычно защищают свои схемы, придумывая оправдания и новые объяснения. Вы должны продолжать задавать вопросы, которые порождают сомнения в формулировках пациентов. В любом случае поддерживайте у пациентов диссонанс, пока они не перестроят схему. Очень важно, чтобы вы не отвечали на вопросы за пациента.

По мере продвижения пациента к принятию новой, унифицированной схемы тщательно контролируйте этот процесс, чтобы быть уверенным, что новое восприятие не содержит семян будущих несчастий.

**Техника 6. «Когнитивное наводнение» *Упражнение 1. «Образное наводнение»***

Пусть пациент представит в самых ярких деталях устрашающую сцену и сопровождающие ее иррациональные мысли.

Пусть он продолжает это до тех пор, пока условная реакция естественным образом не ослабнет.

Дайте пациенту инструкцию, чтобы каждый раз, испытывая иррациональный страх, он удерживал эмоции до тех пор, пока не устанет от них.

Пациент должен погружаться в свой страх в разное время в течение дня, представляя одну и ту же сцену с одними и теми же мыслями снова и снова.

Терапевт может счесть полезным использовать гипноз, чередуя наводнение и расслабление.

***Упражнение 2. «Вербальное наводнение»***

Пусть пациент опишет в мельчайших деталях весь свой посттравматический опыт. Обсуждайте каждый случай много раз, пока пациент не устанет о них говорить.

***Упражнение 3. «Прицельное наводнение»***

Этот метод похож на предыдущие, но с той разницей, что пациент сосредотачивается выборочно на одной из условных реакций. Пациент пытается воссоздать все физические ощущения, связанные с тревогой, учащенное сердцебиение, неспокойный живот, дезориентацию, затрудненное дыхание. Так нужно продолжать до тех пор, пока симптомы не исчезнут сами по себе. Со страхом необходимо работать как можно осмотрительнее.

Для каждой техники обычно требуется три получасовых сеанса.

***Упражнение 4. «Негативная практика»***

Пусть пациент высказывает непрерывно все свои иррациональные мысли, пока он не устанет или пока ему не надоест или наскучит. Прекратите упражнение только тогда, когда он наотрез откажется говорить об этом.

***Упражнение 5. «Иерархия»***

Помогите своему пациенту составить иерархию самых страшных ситуаций и иерархию связанных с ними самых пугающих мыслей.

Представьте наименее устрашающий пункт списка, живо и со всеми эмоциональными эффектами. Продолжайте до тех пор, пока у пациента не останется ни одной условной реакции во время воображения ситуации.

Перейдите к следующей ступени иерархии и повторите процесс.

Основное во всех вариантах техники наводнения — то, что пациенты должны оставаться в пугающей сцене до тех пор, пока их тела естественным образом не сведут на нет условные реакции. Если они преждевременно прекратят упражнение, страх только возрастет.

**Техника 7. «Когнитивное обусловливание отвращения» *Упражнение 1. «Самонаказание»***

Используйте основной список убеждений пациента. Запишите основные типы ситуаций, в которых убеждения проявляются. Каждая ситуация должна быть достаточно детально описана конкретной сценой так, чтобы пациент мог ее четко визуализировать.

Пусть пациент представит одну из сцен с сопутствующими иррациональными мыслями; когда это будет сделано достаточно отчетливо, дайте ему следующую инструкцию: «Хорошо. Теперь представьте, пожалуйста, наихудшие возможные последствия от подобных иррациональных мыслей. Что плохого может произойти из-за такого образа мыслей? Какую боль он вам приносит? Что хорошего вы из-за него упустили и что так и не случилось? Какой урон был нанесен вашему самоуважению? Что произошло с вашими взаимоотношениями? Как это отразилось на вашей жизни? Вообразите себе, что все это случилось только благодаря вашим иррациональным мыслям. Не просто думайте обо всем плохом, а представляйте это до тех пор, пока оно не будет отчетливым настолько, что вы начнете испытывать негативные эмоции».

Повторите неприятную сцену как минимум три раза для каждой иррациональной мысли. Ваш пациент может комментировать вслух то, что он воображает, это поможет сделать сцены еще более отталкивающими.

Сделайте аудиозапись упражнения и проинструктируйте пациента слушать ее по три раза в неделю в течение нескольких недель.

*Упражнение 2. «Стандартные отталкивающие образы»*

Можно использовать такие стандартные образы, как рвота, яма со змеями, пауки или всеобщее презрение. Переплетите образы с иррациональными идеями так, чтобы между ними возникла тесная ассоциация. Можно использовать следующий неприятный сценарий.

Представьте себе, что в вашей жизни существует масса проблем, которые необходимо исправить. Ваша машина сломана, раковина засорилась, вам три года не повышали зарплату, в кошельке — ни копейки. Три года вы встречались с мужчиной, который говорил, что жениться еще не готов.

Вы начинаете думать: «Кто-то должен обо мне позаботиться. Мне нужен человек, который смог бы решить все эти проблемы. Я слишком хрупкая женщина, чтобы справиться с ними». Когда вы подумали об этом, вы почувствовали, как у вас сводит живот. Вас затошнило. Пиша поднимается к горлу, во рту горечь. Вы сглатываете это. Вы начинаете думать о том, кто бы мог вам помочь, кто принес бы вам денег или вызвал сантехника. От этих мыслей вас тошнит еще больше. Глаза слезятся. Сопли текут из носа. Вас выворачивает. Вы думаете о том, чтобы позвонить вашему бывшему мужу, чтобы он позаботился о вас, о том, чтобы попросить маму пожаловаться вашему шефу, что вам не повышают зарплату, но от этого вам становится совсем мерзко. У вас начинается рвота. Рвотные массы уже везде вокруг вас. Они стекают на пол с ваших ног. Вы опять начинаете думать о ком-то, кто должен вам помочь, но вас выворачивает еще больше. Ваша одежда покрылась желто-коричневыми полосами. Вам уже нечем рвать, но позывы не прекращаются. Вам кажется, что ваши внутренности сейчас вывалятся наружу.

Лучшие образы, вызывающие омерзение, это те, которые выбирают сами пациенты, исходя из собственных страхов и неприязней. Пусть пациент опишет вам свои представления о самых омерзительных, отталкивающих образах, которые у него могут быть. Вы можете составить небольшую иерархию. Затем свяжите эти неприятные вещи с его иррациональными мыслями.

***Упражнение 3. «Физическое отрицательное подкрепление»***

Пусть пациент представит себе свою иррациональную идею. Когда он отчетливо ее воспроизведет у себя в мыслях, проассоциируйте его с каким-либо внешним неприятным стимулом, например электрическим током умеренной силы или ударом резиновой дубинки. Другие варианты — напрячь мышцы живота, задержать дыхание, почувствовать противный запах, например серы, выполнить трудное, болезненное физическое упражнение. Мысль и неприятные ощущения должны неоднократно связываться, чтобы сама мысль стала противной.

***Упражнение 4. «Отсрочка»***

Метод отсрочки позволяет пациентам погружаться в негативный образ мыслей, но только после того, как они выполнят множество различных неприятных действий. Выберите убеждение, которым поглощен пациент, например такое: «Я болен и всех недостоин». Объясните, что им можно думать об этом, но только после того, как они заслужат на это право. Чтобы заработать право, они должны сделать следующее: проделать 15-минутную зарядку, выпить три стакана воды, записать время и место, где они разрешат себе уйти в свои мысли, или записать все свои размышления за последние 20 минут, но лишь те из них, которые не относились к навязчивому убеждению. Только после выполнения этих заданий им разрешается окунуться в свою любимую мысль на 10 минут. Если им нужны еще 10 минут, они должны пройти через всю рутину снова. 10-минутное удовольствие становится настолько дорогим, что большинство пациентов предпочитают не испытывать его лишний раз.

***Упражнение 5. «Устранение позитивных стимулов»***

Другая форма негативного обусловливания представляет собой устранение чего-либо позитивного. Эффект аналогичен ассоциированию убеждения с неприятными стимулами. Позитивной переменной может стать многое: необходимая релаксация, приятный образ, приятная эмоция или позитивное убеждение — что-то одно или все вместе может быть ликвидировано, когда пациент поддается иррациональной идее. В литературе эта техника обычно называется ценой скрытой реакции или негативным подкреплением.

Подобно другим процедурам скрытой сенсибилизации, в этой необходимо большое число повторений. Пациенты практикуются с терапевтом и дома, прослушивая запись упражнения.

***Упражнение 6. «Негативные ярлыки»***

(юва — это символы более широких понятий, и эти символы часто имеют негативный подтекст, который вызывает неприятную эмоциональную реакцию. Ассоциируя негативные названия с иррациональными мыслями пациента, терапевт может помочь ему сформировать отрицательную реакцию на сами мысли.

Каждый раз, когда пациент думает или выражает иррациональные мысли, он должен говорить себе следующие слова: тупой, беспочвенный, пустоголовый, бессмысленный, глупый, абсурдный, ребяческий, идиотский, скучный, монотонный, бесполезный, смехотворный, убогий, бестолковый, ослиный, безмозглый, дурацкий, нескладный, недоделанный, наивный, несообразный, нелепый, пустой, неуместный, смешной, плоский, лепет, бред. Как и в любом другом негативном обусловливании, важно, чтобы пациенты навешивали ярлыки на свои мысли, а не на себя, например: «Я умный, но эта мысль идиотская».

**Техника 8. «Когнитивное обусловливание отстранения»**

***Упражнение 1. «Уход от неприятного состояния»***

Свяжите неприятный стимул с негативным убеждением. Вы можете использовать самонаказание, образы, вызывающие отвращение, неприятные физические ощущения или негативные определения.

После того как было сформировано неприятное состояние, пусть ваш пациент начинает думать о чем-то реалистичном и рациональном. Когда мысли будут отчетливыми, немедленно выведите его из негативного состояния. Если для создания этого состояния применялся удар пальца током, прекратите его сразу же, как только услышите рациональную мысль. Если используется негативный образ, он должен смениться на позитивный одновременно с появлением рациональной мысли. Например, в случае обусловливания отвращения, упомянутом ранее (сцена рвоты, переплетенная с иррациональной мыслью «кому-то нужно обо мне заботиться»), была предложена следующая сцена для выхода.

Вас еще очень сильно тошнит. Вас почти рвет, но вы начинаете думать о том, что на самом деле можете позаботиться о себе сами, сами можете решить свои проблемы. Вы можете починить машину и раковину, вы можете разобраться с финансовыми проблемами. Вы можете выдержать конфронтацию со своим другом и своим начальством. Вам тут же становится лучше. Вы делаете глубокий вдох, и ваши легкие и живот начинают очищаться. Вы выходите из дома и ощущаете свежий, чистый воздух. Солнце согревает вас. Дует легкий ветерок. Вы ложитесь на мягкую, пушистую траву под раскидистым деревом, расслабляясь, в то время как думаете о собственной силе и о том, как сами будете решать свои проблемы. Вы возвращаетесь в дом и распахиваете все окна. Вы все убираете, оттираете полы, стены, ковры и мебель. Вы выбрасываете испачканную одежду и одеваетесь в новую, свежую, накрахмаленную. Вы начинаете думать о том, как самостоятельно справитесь и с другими своими проблемами, как только покончите с этими. Вы решаете больше никогда никого не просить помочь вам с проблемами, которые вы можете решить сами. Вы чувствуете себя уверенной и оптимистичной.

**Техника 9. «Скрытое избегание» *Упражнение 1***

Составьте иерархию проблемных ситуаций и сопровождающих их иррациональных мыслей.

Выберите нижний уровень в иерархии и попросите пациента представить ситуацию и связанные с ней мысли. Свяжите мысли с отрицательной эмоцией, образом или внешним

негативным стимулом. Повторите несколько раз, пока пациент не свяжет отрицательные чувства с иррациональной мыслью. Негативная эмоция должна быть достаточно сильной и неприятной.

Пусть пациент вообразит ту же ситуацию, но на этот раз заменит иррациональную мысль рациональной непосредственно перед тем, как появится отрицательная эмоция. Если пациент сильно убежден в рациональной мысли, то неприятные стимулы не появляются, если он в нее не верит — наоборот.

Продолжайте чередовать второй и третий шаг, продвигаясь вверх по иерархии, так, чтобы ваш пациент научился тому, что рациональное мышление поможет ему избежать негативных последствий.

**Техника 2. «Антикатастрофицируюшдя практика»** *Упражнение 1*

Перечислите ситуации, в которых пациент «катастрофизирует».

Запишите предрекаемый им в каждой ситуации урон.

На континууме от 0 до 10 отметьте значение того урона, который пациент предполагает («0» означает отсутствие каких-либо потерь, «10» — ужасающие потери).

После дискуссии, опровергающей преувеличение, попросите пациента представить лучший возможный исход для каждой ситуации. Отметьте этот исход на том же континууме от 0 до 10.

Пусть пациент, опираясь на прошлый опыт, решит, что более вероятно — наилучший исход или катастрофа.

Если необходимо, попросите пациента использовать континуум для предсказания опасности в предстоящей ему ситуации, которой он боится. После того как событие произойдет, пусть пациент сверится со шкалой и оценит, насколько точно он предсказал степень опасности.

Пациенты должны упражняться в антикатастрофицирова-нии регулярно, пока они не будут оценивать предполагаемую опасность более реалистично.

**Техника 3. «Преодолевающие утверждения» *Упражнение 1***

Составьте иерархию ситуаций, в которых пациент чувствует себя тревожно или подавленно.

Помогите пациенту подготовить его диалог с самим собой, который он мог бы использовать в стрессовой ситуации. В диалог должны входить реалистические прогнозы ошибок, недочетов, отрицательных эмоций и пошаговые инструкции, как преодолеть эти проблемы. Диалог должен захватывать время до, в течение и после тревожащей ситуации.

Воспроизведите диалог вслух вместе с пациентом по каждому компоненту иерархии. Для лучшего эффекта терапевт произносит диалог, а пациент сначала повторяет его, затем воспроизводит в своем воображении. Следите за пациентом во время выполнения задания и корректируйте любые ошибки.

Поддержите пациента в упражнении в техниках совладения, в применении метода, который оказался наиболее эффективным. Например, некоторые пациенты считают полезным пассивное прослушивание записанного на аудиокассету прочитанного терапевтом диалога, в то время как другие предпочитают кассету с детальным обсуждением каждой ситуации из иерархии, что позволяет им тренировать диалог про себя. Другие носят диалоги на карточках и читают их, когда сталкиваются с реальной ситуацией.

В большинстве случаев пациентам необходимо отрабатывать свои сценарии в течение по крайней мере шести недель.

**Техника**…………………………..

*Упражнение 5. «Нейтральные образы»*

Составьте список иррациональных мыслей пациента и тех ситуаций, в которых они чаще всего появляются.

Составьте список нейтральных образов — таких, по отношению к которым пациент испытывает мало эмоций, например просмотр газеты, принятие пищи или чтение книги. Попросите пациента подтвердить, что данные образы вызывают только нейтральные эмоции.

Свяжите иррациональные мысли с нейтральными сценами. Скорее всего, вам потребуется около сотни повторений.

**Техника 5. «Непатологическое мышление» *Упражнение 1***

Составьте основной список центральных убеждений пациента, которые связаны с его негативными эмоциями.

Пройдите по каждому убеждению и идентифицируйте все признаки, которые пациент определяет как психологическое расстройство.

Подробно объясните неправомерность ярлыка «болезнь» и в каждом убеждении подставьте понятия теории научения.

На протяжении всех терапевтических сеансов помогайте пациенту изменять мысли или слова, которые подразумевают заболевание. Обращайте внимание на такие выражения, как «ненормальный», «психически больной», «сумасшедший», «раз-балансированный», «разваливающийся на части», «нервный срыв», «странное поведение», «слабый», «больной», «нездоровый», «неустойчивый» и т. д.

Замените медицинскую модель моделью социального научения. Обращайтесь с пациентами как со студентами, находящимися под вашим руководством, а не как с пациентами, которых вы лечите. Покажите пациентам, что вы ожидаете от них выполнения домашних заданий, изучения ваших принципов и того, что они будут спорить с вами, если в чем-то не согласны. Поясните, что вы рассматриваете консультации как совместную работу: вы даете инструкции, они учатся.

**Техника 6. «Скрытое подкрепление» *Упражнение 1. «Лучшее возможное убеждение»***

Создайте иерархию проблемных ситуаций и сопутствующих им мыслей — 10 или 15 компонентов.

Для каждой ситуации создайте список рациональных убеждений.

Пусть пациент в состоянии релаксации представит наилучший способ, которым можно справиться с каждой ситуацией. Попросите его, будучи погруженным в ситуацию, подумать о самых разумных и реалистических из возможных убеждений и представить эмоции и поведение, которые порождает новое мышление.

После того как вышеупомянутые образы будут очень отчетливыми, попросите пациента представить возможные последствия нового мышления не только в данной, но и во всех подобных ситуациях.

Повторите упражнение как минимум три раза для каждой **позиции.** Делайте это до тех пор, пока пациент не сообщит, **что у** него не возникает негативных эмоций при визуализации сцены. Для оценки уровня ответной реакции пациента можно использовать самоотчет или биологическую обратную связь.

Продолжайте упражнение, продвигаясь вверх по иерархии, которая была установлена в первом шаге.

Упражнение обычно записывают, и пациентам рекомендуется прослушивать кассету три раза в неделю.

***Упражнение 2. «Стандартные подкрепляющие образы»***

В этой технике выполняются те же шаги, что и в описанной выше процедуре, но вместо того чтобы просить пациента создавать свои образы наилучших возможных последствий рационального мышления, терапевт делает это сам. Эта модификация годится для пациентов, которые с трудом могут конструировать позитивные образы с интенсивностью, обеспечивающей их самоподкрепление.

Представьте, что, по мере того как вы начинаете мыслить все более и более реалистично, вы становитесь увереннее в себе. Сложности, которые были для вас проблемой, вы теперь разрешаете с относительной легкостью. Взаимоотношения, карьера и материальное положение — все начинает улучшаться. Когда проблемы все-таки случаются, вы разумно с ними справляетесь и движетесь к новым целям. Вы начинаете осуществлять свои стремления и те планы, которые вы себе наметили.

***Упражнение 3. «Внешние вознаграждения»***

Рациональные убеждения пациентов могут подкрепляться при помощи внешних вознаграждений. Любые действия, которые выполняются достаточно часто (например, поедание конфеты), могут выступать в качестве положительного подкрепления для более редких поступков (рациональное мышление). Следовательно, пациент может вознаграждать себя каждый раз, когда он замещает иррациональную мысль рациональной.

Пациенты могут намеренно связывать положительное подкрепление с желаемой мыслью или действием всегда, когда пожелают, и их нужно к этому поощрять. Необходимо их поддерживать в том, чтобы в своей практике они могли аккумулировать маленькие вознаграждения в большие в зависимости от значимости тех перцептивных и поведенческих барьеров, которые они захотели бы преодолеть. Таким образом, конфета может быть существенным подкреплением для преодоления небольшого препятствия, но в качестве вознаграждения за победу над действительно крупной проблемой пациент может поставить себе целью взять большой отпуск.

***Метод 6.* \* *Объективные техники опровержения»***

Ниже следуют отдельные ключевые принципы, лежащие в основе различных типов объективного опровержения.

Пусть пациент идентифицирует основные центральные убеждения, которые приводят к негативным эмоциям.

Помогите пациенту разбить каждое утверждение на его основные логические компоненты. Скрупулезно избегайте субъективных суждений как о самом убеждении, так и о составляющих его частях.

С помощью пациента исследуйте каждое убеждение с позиций индуктивной и дедуктивной логики. Совместно решите, является ли данное убеждение логичным.

Если пациент оценивает суждение как ложное, пусть он запишет все логические доводы для такого опровержения.

Попросите пациента вспоминать все эти опровергающие доводы каждый раз, когда возникает ложное убеждение, пока оно не перестанет повторяться совсем.

**Техника 1. «Альтернативная интерпретация» *Упражнение 1***

Пусть пациент в течение недели делает записи о самых неприятных эмоциях, которые у него за это время возникнут, в одном-двух предложениях отмечая активирующее событие (ситуацию) и свою первую интерпретацию события (убеждение).

Пусть пациент продолжит это упражнение и на следующей неделе, но в этот раз попросите его придумать еще по крайней мере четыре интерпретации для каждого события. Каждая интерпретация должна отличаться от первой, но быть не менее правдоподобной.

На очередном сеансе помогите пациенту решить, какая из тех четырех интерпретаций поддерживается наибольшим числом объективных доказательств.

Попросите пациента продолжать поиск альтернативных интерпретаций, временно откладывая первоначальные суждения и принимая решение о корректной оценке только тогда, когда время и расстояние обеспечат необходимую объективность. Продолжайте эту процедуру по меньшей мере в течение месяца, пока пациент не будет выполнять ее автоматически.

**Техника 2. «Рациональные убеждения» *Упражнение 1***

Составьте список ситуаций, в которых пациент расстраивается. Это могут быть конкретные ситуации из прошлого или настоящего или общие жизненные ситуации, с которыми пациент чаще всего сталкивается.

Подготовьте рациональные убеждения или самовнушения, которые пациент в этих ситуациях сможет использовать. Эти убеждения должны преувеличивать положительные либо отрицательные стороны ситуации, но должны основываться на объективном взгляде на происходящее. Потратьте время на то, чтобы найти для ситуации наиболее здравомыслящие интерпретации.

На одной стороне карточки 10x15 см запишите пусковые стимулы к каждой ситуации. На другой ее стороне — полное описание рационального восприятия, которого пациент хочет достичь.

В течение как минимум шести недель по нескольку раз в день пациент должен представлять себя в одной из ситуаций как можно отчетливее.

Когда визуализация будет достаточно ясной, пациент должен представить рациональную мысль и также сделать ее отчетливой.

Пациент должен выполнять это упражнение до тех пор, пока он не начнет рефлекторно воспроизводить рациональное убеждение каждый раз, как воображает событие. Если иррациональные мысли внедряются в сознание пациента, он в тот же момент должен остановиться и снова попробовать воспроизвести рациональное убеждение.

Рациональные убеждения — это необязательно самое позитивное восприятие ситуации, но наиболее реалистичное. В большинстве случаев терапевту нужно тщательно исследовать ситуацию, чтобы определить наиболее разумную точку зрения.

**Техника 3. «Утилитарные доводы»**

***Упражнение 1***

Подготовьте список иррациональных мыслей пациента» Составьте список ситуаций, в которых обычно возникают эти мысли.

Помогите пациенту выбрать конкретную поведенческую цель, которую он должен достичь в каждой ситуации. Пусть он спросит себя: «Чего я хочу сейчас добиться?» Например, вы можете взять в качестве цели ассертивный ответ на несправедливую критику или открытое признание ошибки и т. д.

Пусть пациент спрашивает себя относительно каждой мысли: «Помогает мне эта мысль достичь своей цели или нет?»

Независимо от того, является мысль правдивой или нет, помогите пациенту найти такие утверждения, которые были бы наиболее полезны для него в плане достижения своих целей.

Попросите пациента менять непрактичное убеждение на прагматичное при каждой возможности.

Вместе с пациентом проработайте все ситуации, двигаясь вверх по иерархии и меняя невыгодные мысли на полезные.

**Техника 4. «Деперсонализация "Я"» *Упражнение 1***

Составьте список из 20 негативных событий, которые произошли с вашим пациентом не так давно.

Запишите предполагаемые им свои внутренние недостатки (убеждения, приводящие к гиперперсонализации), которые, на его взгляд, послужили причиной происшествий.

Научите пациента искать причины событий во внешней среде. Используйте научный метод: отыщите стимулы, подкрепление, операнты или сопутствующие элементы среды, которые послужили пусковыми механизмами негативных событий. Переделайте все внутренние причины во внешние.

В случае если причин множество, примените «принцип Оккама»: самое простое объяснение должно рассматриваться в первую очередь, как наиболее вероятное.

Пусть пациент практикуется в определении внешних и внутренних причин тех событий, которые происходят с ним в течение дня. Научите его смотреть на себя и на других как на объекты, подверженные влиянию окружающей среды.

Как только пациенты научатся не брать на себя ответственность за эти влияния, расскажите им про различные методы решения проблем, которые могут использоваться для преобразования среды.

**Техника 5. «Общественное значение» *Упражнение 1***

Научите пациента различать воспринимаемое событие и его мысли об этом событии.

Помогите пациенту посмотреть на событие с позиций общественной и личной значимости. Общественное значение можно увидеть, если пациент потренируется воспринимать ситуацию с точки зрения других людей. Напомните пациенту, что у них уже есть общественный взгляд, так как в течение всей своей жизни они могли наблюдать за другими в тысяче различных ситуаций. Помогите пациенту перенести свое восприятие других людей на себя.

Для того чтобы перевести значение событий из разряда личного в общественное, пациент должен научиться отстранять от собственного восприятия эмоциональные переменные, интенсивное самонаблюдение и определенные метафизические предположения. Очевидно, что это невозможно осуществить в полной мере, но чем больше пациенты смогут к этому приблизиться, тем более объективным будет их взгляд на происходящее.

После того как было раскрыто понятие общественного значения событий, помогите пациенту составить список основных ситуаций, с которыми он сталкивался, а также общественных и личных значений для каждой из них. Сначала пациентам нужно будет проинтерпретировать событие с позиций общественности после того, как они автоматически восприняли его с личной точки зрения. По мере постепенного развития пациенты смогут все больше и больше приближать объективный взгляд на событие ко времени его совершения и в конце концов замещать персональное восприятие общественным во время самого события.

**Техника 6. «Диспут по поводу иррациональных идей»**

***Упражнение 1***

Попросите пациента при проверке своего убеждения ответить на следующие вопросы в предложенном порядке:

1. Какая идея вас волнует?

2. Можете ли вы дать ей рациональное подтверждение?

3. Какие существуют доказательства ее ложности?

4. Существуют ли какие-либо доказательства ее истинности?

5. Если судить реалистично и объективно, что произойдет скорее всего, если вы будете придерживаться подобного образа мыслей?

6. Что будет происходить, если вы не будете думать подобным образом?

Пусть ваш пациент практикуется в приложении этой серии вопросов к каждому своему убеждению. Он может выполнять это дома, но на следующий сеанс он должен прийти готовым изложить результаты своего анализа. Примените дополнительные когнитивные техники к тем проблемам, с которыми возникли затруднения.

**Техника 7. «Логический анализ»**

Процесс логического анализа включает пять шагов, каждый из которых дополняется множеством различных техник.

**Шаг 1. «Обращение чувств в суждения относительно идеи»**

Пусть пациент предоставит вам список чувств, которые вызывает у него проблема, и определит эти чувства настолько полно, насколько это возможно.

Ищите обвинение или суждение, подразумеваемое в каждом выражении, и переведите императивные и оценочные утверждения в эмпирические или аналитические (истинность или ложность которых может быть подтверждена), например:

*Утверждение пациента:* «Я напуган».

*Подразумеваемое суждение:* «Есть что-то опасное во внешнем мире, и мне лучше страшиться этого».

*Утверждение пациента:* «Ненавижу мужчин».

*Подразумеваемое суждение:* «Мужской пол заслуживает презрения».

**Шаг 2. «Определение убеждений»**

*Перечислите центральные убеждения.* Попросите пациента написать список своих центральных убеждений, выраженных в форме удобных для анализа суждений.

*Уточните.* Рассматривая по одному суждению за раз, внимательно изучите каждое важное слово. Попросите пациента как можно больше его конкретизировать и уточнить.

*Определите понятия.* Сформулируйте серию вопросов, которые помогут пациентам установить понятия. Например, терапевт может задать относительно убеждения «Я неполноценен» такой вопрос: «Что в вас неполноценно? Всегда ли это было так? Откуда вы знаете, что навсегда останетесь неполноценным? Неполноценный по сравнению с кем? Когда? Все время или только иногда? Во всем или только в отдельных вещах? Что в вашем предложении обозначает «Я»? О каком уровне неполноценности вы говорите? Вы совсем на дне или только отчасти неполноценны? Какую шкалу вы используете, чтобы оценить свою неполноценность? Эта шкала обоснована, или вы сами это придумали, потому что вам было плохо?»

*Перепишите убеждения.* После того как вы с пациентом конкретизировали, насколько это возможно, каждое слово в предложении, перепишите предложение, включая.в него новые определения.

*Практика.* Попросите пациента тренироваться в уточнении предложений, пока он не поймет необходимость в конкретных определениях.

**Шаг 3. «Нахождение значения понятий»**

*Эталонный случай.* Вы и ваш пациент выбираете пример корректного использования ключевого понятия, взятого прямо из анализируемого суждения. Пример должен быть идеальным, таким, чтобы фактически каждый мог бы считать его обоснованным.

*Контрастная модель.* Выберите пример противоположного случая. Подберите идеальную ситуацию, как можно более похожую на первую, но в которой такое понятие, по мнению большинства людей, не употребляется.

*Сравнение эталонного случая с противоположным.* Определите, какие ключевые принципы присутствовали в первой модели, но не использовались во второй. Какие между двумя случаями есть сходства и различия? Перечислите их.

**Шаг 4. «Оценка доказательств»**

Методов обучения индуктивному рассуждению существует множество, и некоторые из них достаточно сложны и требуют солидной подготовки в области философии и научной методологии. Для клинической же практики существует более легкий метод, обеспечивающий подобные результаты. Он называется анализом графиков.

Терапевт и пациент ищут корреляции между двумя и более переменными, которые могут иметь отношение к симптомам пациента. Но это процесс сложный. С любым симптомом может быть связано огромное множество факторов. Анализ графиков предоставляет способ проанализировать только те переменные, которые кажутся многообещающими.

На чертежной бумаге постройте график двух переменных, которые могут быть важными для вас и вашего пациента.

Обсудите с пациентом отношения между переменными.

**Шаг 5. «Решение и обязательства»**

Скажите пациенту, что решение о том, является ли В истинным или ложным, он должен принять здесь и сейчас.

Если В истинно, то пациент должен сделать что-либо, чтобы изменить ситуацию, или, если это невозможно, принять ее.

Если В ложно, пусть пациент возьмет на себя обязательство исключать его в мыслях идействиях, независимо от того, сколько это может занять времени.

Пусть пациенты запишут решение и заключат контракт о том, что они собираются сделать, чтобы изменить мысли. Доказательством принятого обязательства становятся действия.

Иногда случается, что пациент убежден в истинности суждения, а терапевт считает иначе. Если пациент прошел все стадии процесса логического анализа, очень важно, чтобы терапевт поддержал его решение, даже если сам с ним не согласен. Пациент имеет право не работать над когницией и верить даже в то, что вы считаете иррациональным. Вы можете указать на результаты такого образа мыслей, отдаленные последствия, но принятие решения зависит от пациента. Акт принятия решения сам по себе психотерапевтичен, и пациенты позднее могут изменить суждение, если оно иррационально.

**Техника 8. «Поиски уважительной причины» *Упражнение 1***

Вероятно, наилучший метод пресечь эту ошибку — сказать пациенту, чтобы он признал человеческую склонность отыскивать уважительные причины своих действий и убеждений и компенсировал это активными поисками неблаговидных причин. Можно сказать пациенту: «Идите и найдите самую неблаговидную причину своей убежденности и сопоставьте это с вашей лучшей уважительной причиной. Затем, когда обе причины будут у вас в голове, вам будет легче увидеть действительный источник ваших проблем».

***Метод* 7. *«Перцептивный сдвиг: основные процедуры»***

Несмотря на то что разные изменяющие восприятие техники сильно отличаются по своей методологии, все они отражают следующие общие положения.

Мозг выборочно отражает сенсорную и проприоцептив-ную информацию.

Мозг формирует эти данные в паттерны.

Паттерны, сформированные мозгом, подвержены влиянию поступающей информации, но остаются отличными от нее.

В большинстве случаев эти паттерны заучиваются мозгом так же, как и любая другая информация. Тем не менее, некоторые паттерны являются инстинктивными, они запускают автоматические эмоциональные и поведенческие реакции.

Несмотря на то, что существует неопределенное число возможных паттернов, мозгом используются лишь некоторые персонифицированные схемы.

Раз сформировавшись, паттерны имеют тенденцию оставаться неизменными до тех пор, пока они не забудутся.

Большинство паттернов усваиваются от значимых других (семья, референтная группа, культура).

Чем чаще воспроизводится паттерн, тем жестче он становится и тем труднее его удалить или заменить.

Паттерны легче формируются и дольше сохраняются в более молодом мозге.

Эмоциональные и поведенческие реакции запускаются скорее мозговыми паттернами, нежели отдельными стимулами, хотя именно эти стимулы ошибочно считаются единственным источником ответных реакций пациента.

При помощи классического и оперантного обусловливания эмоции и действия могут связываться в паттерны.

Внешние стимулы могут стать условными по отношению к паттернам. Позднее эти стимулы могут приобрести способность самостоятельно запускать паттерны.

Язык и образы — это способы описания паттернов, но паттерны возникают раньше вербальных или визуальных представлений.

Изменение описаний паттернов может изменить сам паттерн, но не в соотношении «один к одному».

Паттерны обычно строятся не на логической основе, а на эмоциональном опыте.

Если паттерн не завершен, мозг достраивает его автоматически.

Некоторые паттерны неизменяемы.

Если паттерн не может быть проверен незамедлительно, возникает состояние паники.

Самый быстрый и законченный метод модификации негативных эмоций и дезадаптивного поведения — изменение паттернов, которые их вызывают.

Паттерн — это способ организации мозгом сырых данных, которыми может быть все, что доступно мозгу: информация, поступающая от органов чувств, подкорковых зон мозга, хранилищ памяти или телесных ощущений.

**Техника 1. «Базовый перцептивный сдвиг»**

***Упражнение 1***

Попросите пациента начертить четыре колонки на большом листе бумаги.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Мысль/ убеждение** | **Полезно или нет** | **Ваш лучший****аргумент против****этой мысли** | **Доказательство из вашего личного опыта, поддержи- ; вающее лучший аргумент '** |
| **1.** |  |  | **|** |
| **2.** |  | ***'* J** |
| **... и т. д.** |  | **!** i t |

**В** первой колонке попросите его перечислить все мысли или убеждения, которые в определенной ситуации вызывают у него негативные эмоции. Очевидно, что список не может продолжаться до бесконечности. Тем не менее даже если некоторые мысли кажутся повторяющимися, то их лучше включить, чем оставить какой-либо паттерн незафиксированным.

Во второй колонке помогите пациенту решить, полезно или нет каждое убеждение. Найдите доказательства как «за», так и «против», и выберите, какие сильнее. Важно, чтобы пациент принимал решение на основе объективных данных, а не под влиянием субъективных чувств.

В третьей колонке пациент должен записать лучший аргумент «против» для каждой мысли или убеждения. В идеале этот аргумент должен быть как эмоционально убедительным, так и рационально звучащим.

В последней колонке пациент должен привести доказательство из собственного опыта в поддержку каждого аргумента. Это ключ к технике перцептивного сдвига. С помощью терапевта пациент должен доказать справедливость аргумента, подыскав подтверждение из своего жизненного опыта. Чтобы осуществить актуальный перцептивный сдвиг, пациенту необходимо как минимум по 30 минут в день медитировать на те критические события прошлого, которые доказывают ложность иррациональной темы.

**Техника 2. «Рационалыю-эмотивное воображение» *Упражнение 1***

Для пациента будет полезным расслабиться перед упражнением, так как это улучшает концентрацию.

Составьте иерархию ситуаций, которые расстраивают пациента. Ситуации должны быть описаны достаточно детально, чтобы пациент мог их себе хорошо представить. Посмотрите, нельзя ли привести их к какому-то общему знаменателю, чтобы уменьшить их число до нескольких центральных тем. Важно, чтобы пациент подтвердил, что конечный список точно отражает главные источники его дискомфорта.

Попросите пациента мысленно представить каждую ситуацию, ассоциирующиеся с ней чувства и те ведущие темы, которые лучше всего характеризуют эти чувства. Попросите его работать до тех пор, пока он не начнет чувствовать изменения в своих эмоциях.

Пусть пациент начнет с любой из этих ведущих тем и сосредоточится на связанных с нею чувствах, используя для их изменения любую придуманную им стратегию. Пациент должен продолжать работать, пока не почувствует изменения в своих эмоциях.

Скажите пациенту, что для того, чтобы произвести изменения в эмоциях, он должен сосредоточиться на том, что он говорит самому себе. Пусть он запишет советы, которые он дает сам себе, если это поможет ему лучше сосредоточиться и более четко их припомнить. Добейтесь, чтобы он начал полностью осознавать свои убеждения.

Пациент должен практиковаться по пятнадцать минут в день, пока он не сможет устойчиво воспроизводить альтернативные эмоции. Как только он проделает всю процедуру с первой выбранной им центральной темой, он должен применить эту технику и в отношении оставшихся в списке ведущих тем.

Чтобы пациенту было легче обрести контроль над своими эмоциями, он должен тренироваться вызывать у себя различные эмоции в процессе представления каждой из включенных в список исходных ситуаций. Он может тренироваться чувствовать себя счастливым, грустным, рассерженным, уверенным, расслабленным или каким угодно, изменяя только свой внутренний диалог с собой.

**Техника 3. «Техники с использованием воображения»** *Упражнение 1*

Для того чтобы превратить языковые техники в трансформирующие, проделайте первые три шага: определите центральные метафизические идеи пациента, объективно проанализируйте их достоверность или ложность и придумайте серию контраргументов или замещающих рациональных идей.

Определите способности пациента к воображению, используя одну из шкал, разработанных Лазарусом (Лазарус, 2000 а). Эти шкалы помогут определить общую способность пациента к визуализации и укажут области, нуждающиеся в развитии. Шкалы исследуют способность пациента воссоздавать образы себя й других, прошлого, настоящего и будущего, приятного и неприятного и многих других.

Если пациент показывает низкие значения по своей способности к визуализации, вы можете попробовать описанные Лазарусом техники построения образа (Лазарус, 2000 б).

Для того чтобы помочь своему пациенту перейти от иррациональных убеждений к рациональным, отберите конкретные образы. Поскольку представление не задействует язык, пациентам зачастую удается более быстро изменить восприятие, используя только визуальные образы, а не семантику. Для создания таких перцептивных сдвигов вы можете использовать множество различных типов образов. Ниже приводится список основных типов.

*Образы совладания,* в которых пациент представляет себя успешно справляющимся со сложными ситуациями, используются для коррекции пассивного, избегающего мышления. («Представьте себе, что вы просите своего начальника о повышении зарплаты».)

*Расслабляющие образы,* включающие сцены природы и чувственные визуализации, используются для противопоставления мыслям, вызывающим страх или тревогу. Часто используются как часть когнитивной десенсибилизации.

*Образы достижений,* в которых пациент воображает, что он выполнил какое-либо задание в совершенстве, противопоставляются иррациональным мыслям о беспомощности и неудачливости. («Представьте себе, что у вас удачный, счастливый брак».)

*Образы пошагового совладания,* которые сфокусированы на частностях, помогают пациентам, которые чувствуют себя задавленными неразрешимыми проблемами. Используя этот метод, пациент может разбить главную проблему на серию более мелких и представить себе, как он преодолевает эти небольшие сложности.

*Моделирующие образы* могут использоваться в случае, если пациент испытывает сложности в представлении составных шагов решения проблемы или овладения тем или иным навыком. В этой технике пациент представляет в воображении человека, который образцово выполняет данное ему задание.

*Неприязненные образы* используются в обусловливании отвращения, отстранения и избегания в качестве противовеса нежелательному поведению. («Представьте, что ваша привычка курить вызывает у ваших детей эмфизему».)

*Идеализированные образы* используются, когда пациенты не могут подумать о своей конечной цели. («Где бы вы хотели жить через десять лет, с кем? Что бы вам хотелось делать?»)

*Представления о вознаграждении* подкрепляют реалистическое мышление. («Что произойдет хорошего, если вы завершите проект?»)

*Нивелирующие образы* уменьшают негативные эффекты неприятных, устрашающих визуализаций. («Представьте своего начальника в костюме утки, крякающего».)

*Реконцептуализирующие образы* изменяют интерпретацию событий. («Представьте, что ваша жена не была на вас рассержена, просто у нее были неприятности на работе».)

*Негативные и позитивные образы —* визуализация негативных ситуаций на позитивном фоне, как и обусловливание высшего порядка, может изменить эмоциональную валентность ситуации. («Представьте, что ваш противник критикует вас, а вы лежите на берегу реки в теплый, солнечный день».)

*Корректирующие образы* исправляют ошибки, допущенные пациентом в прошлом. («Представьте, как бы вы это сделали, если бы пришлось это делать снова».)

*Обобщенные корректирующие образы* позволяют пациенту исправить все прошлые инциденты определенного типа. К примеру, пассивный пациент может представить, что он вел себя ассертивно в те моменты, когда он отступал от проблемы.

*Образы будущего* заставляют пациента оглянуться на настоящее из будущего времени, таким образом проясняя главные ценности. («Представьте, что вам 85 лет и вы оглядываетесь на прожитую жизнь. Что вы теперь сочтете важным и что — ничего не значащим?»)

*«Аварийные» представления* учат пациента справляться с худшими возможными последствиями события. («Что может произойти самого плохого в результате того, что вы потеряете работу?»)

*Визуализация маловероятных образов* предполагает, что пациент представляет себе все возможные «ужасные» события, которые с ним могут произойти, для того чтобы научиться уходить от попыток контролировать все вокруг. В парадоксальных техниках часто применяется этот прием. («Что ужасного может с вами произойти, когда вы читаете газету? Когда вы принимаете ванну? Когда лежите в своей постели?»)

*Представление ассертивных ответов* может быть сопоставлено для контраста с представлениями пассивных, агрессивных и пассивно-агрессивных реакций, чтобы пациент увидел последствия каждого из ответов. («Представьте, что вы пассивно, агрессивно или ассертивно просите, чтобы вам вернули ваши деньги».)

*Представление итоговых последствий* требует, чтобы пациенты визуализировали приносящее беспокойство событие через неделю, месяц, год после того, как оно произошло, чтобы определить отсроченные последствия. («Если вы покончите с собой, представьте, как сильно будет переживать ваша девушка восемь лет спустя?»)

*Эмпатические представления* учат пациента воспринимать мир с точки зрения другого человека. («Как к вам относится человек, которого вы обидели?»)

*Катарсические образы* позволяют пациентам представить, что они выражают не проявленные прежде эмоции, такие, как гнев, любовь, ревность или печаль. («Представьте, что вы кричите в ответ на грубость».)

*Представление нулевой реакции* предполагает, что пациент визуализирует, как он воспринимает в фобических ситуациях только нейтральные последствия. Эти образы часто используются в процедурах погашения условных связей. («Представьте, что вы встали перед всеми собравшимися и вышли. Представьте, что никто этого не заметил и никому до этого не было дела».)

*Фантастические образы* разрешают в воображении такие проблемы, которые невозможно решить в реальности. («Представьте, что ваша умершая бабушка предстала сейчас перед вами. Какой она вам даст совет? Как она отнесется к тому, что вы сделали?»)

*Превентивные образы* используются для того, чтобы подготовить пациента справиться с проблемами, с которыми он может столкнуться в будущем, например, смерть, отвержение значимым лицом, болезнь, бедность и т. д.

*Негативные подкрепляющие образы* вызывают представление о страшной ситуации, которая избавляет от ситуации еще более ужасной. («Представьте, что вы избавляетесь от насмешек ваших сверстников, взяв в руки змею».)

*Образы безопасности* дают пациенту чувство уверенности в пугающей ситуации. («Когда вы находитесь в самолете, представляйте себе, что мама держит вас в теплом розовом одеяльце».)

*Пресыщающие образы,* использующиеся в процедурах скрытого наводнения, воспроизводят одну и ту же визуализацию снова и снова, пока пациенту не надоедает ее представлять. («В течение следующих двух недель по 50 раз в день представляйте себе, что ваша жена занимается любовью с каждым мужчиной, которого вы встречаете».)

*Альтернативные образы* используются, когда пациент должен определиться между двумя линиями поведения. («Представьте, на что будет похожа ваша жизнь в Москве и в глухой деревне, и сопоставьте эти два образа».)

*Воображение негативных последствий* выявляет неприятные последствия того, что кажется пациенту позитивным. («Представьте, что вы разбогатели и вашу дочь похитили бандиты и требуют выкупа».)

*Представления, противостоящие искушениям,* превращают желанные объекты в неприятные. («Представьте, что ваша сигарета набита сушеным навозом».)

*Образы, опережающие время,* позволяют пациентам отстраниться от травмирующего события, представляя, что они переместились во времени (например, на полгода вперед) и оглядываются на произошедшее. («Представьте, как вы будете через шесть месяцев относиться к тому, что ваш друг бросил вас».)

Попросите пациента практиковаться в визуализации до тех пор, пока выбранный образ не станет четким.

После того как пациент закончит работать с образами, повторно обратитесь к вербальному компоненту, попросив его суммировать изменения в системе его убеждений. («Теперь, когда при помощи этих образов вы изменили эмоции, к каким вы пришли выводам? Каким иррациональным мыслям вы были подвержены? Какие рациональные мысли у вас есть сейчас?»)

***Метод 8. «Перцептивный сдвиг: наведение мостов»* Техника 1. «Связующие элементы восприятия» *Упражнение 1***

Используйте основной список убеждений пациента.

Составьте сопутствующий список возможных замещающих убеждений, проверяя, согласен ли ваш пациент с тем, что это восприятие будет более полезным, если его достоверность можно продемонстрировать.

В процессе консультации найдите установки, которые уже приняты пациентом и могут связать старое воспоминание с новым. Выбирайте такие связки-мосты, которые обладают

для пациента наибольшей личной значимостью и могут быть непосредственно привязаны к «Я-концепции».

Как только мосты определятся, попросите пациента поработать над изменением своих убеждений от старых к новым. Практика должна продолжаться до того момента, пока старая установка не будет смещена новой.

**Техника 2. «Иерархия ценностей как связующее звено» *Упражнение 1***

Исследуйте личную иерархию ценностей пациента. Это можно сделать при помощи стандартных тестов на ценностные ориентации, но лучше всего при помощи вопросов, в которых необходимо выбрать ту или иную ценность. К примеру, благодаря следующей серии вопросов и ответов становится ясно, что пациент ценит свободу больше, чем богатство, а богатство — больше, чем личные взаимоотношения.

Что вы предпочтете:

• Богатство или популярность?

• Безопасность или независимость?

• Богатство или независимость?

• Много друзей или богатство?

• Здоровье или много друзей?

• Друзей или свою независимость?

• Хорошую зарплату или должность начальника?

Составьте список старых, деструктивных убеждений и попросите пациента связать каждое утверждение с той или иной ценностью из их персональной иерархии.

Составьте список новых, предпочтительных убеждений и попросите пациента связать каждое с конкретной ценностью из их персональной иерархии. Эти новые убеждения (в противоположность обозначенным старым) можно четко сопоставить с более высокими ценностями. Пациент после этого должен практиковаться в восприятии более высоких ценностей всякий раз, когда он думает о новом убеждении.

В качестве повторения пациент тренируется в представлении высших ценностей в различных ситуациях. Это можно сделать с использованием воображения в терапевтическом кабинете или подождав, пока стимулы внешней среды не вызовут нужную мысль.

Терапевту важно помнить, что он строит мосты, опираясь на систему ценностей пациента, а не свою. Не важно, что думает терапевт о ценностях пациента, имеет значение лишь то, что о них думает сам пациент.

**Техника 3. «Мосты — словесные ярлыки»** *Упражнение 1. «Словесные ярлыки»*

Составьте список значимых событий или ситуаций, с которыми у пациента ассоциируются негативные слова. К примеру, какие важные ситуации и события визуализирует пациент, произнося слова «неполноценный», «больной» или «слабый»?

Опишите эти события в объективных, безоценочных терминах. Что бы записалось на видеокамеру в этой ситуации? Что могло бы случайно услышать объективное третье лицо?

Перечислите основные негативные ярлыки, которые использует пациент при описании таких ситуаций.

Помогите пациенту перечислить нейтральные или позитивные обозначения, которые можно использовать при интерпретации этих событий. Объясните, как эти новые обозначения можно связать с более позитивными эмоциями.

Попросите пациента каждый день практиковаться в использовании новых обозначений, записывая ситуацию, подыскивая для нее негативный ярлык и связывая ее с более позитивно окрашенным словом.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Человека,** к**оторый...** | **Можно было бы назвать...** | **А можно...** |
| Часто меняет свое мнениеВыражает свою точку зренияЭмоционально чувствителенИзбирателен в выборе партнераИногда впадает в депрессиюПлохо играетНе подчиняется общим порядкам | **1------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------■**Слабым, беспринципнымЭгоистичнымИстеричнымБоящимся связывать себя обязательствамиНевротичнымМазилой, неудачником Небрежным, упрямым | ГибкимИскренним, ассертивнымЖиво реагирующим Разборчивым Просто человекомНетренированнымСпонтанным, беспечным |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Человека, который...** | **Можно было бы назвать...** | - **А можно...** |
| | Угождает другим| Верит тому, что говорят другиеСильно кого-то любит] Беспокоится | Подлизой ЛегковернымЗависимымСлабым, трусливым | Дружелюбным ДоверчивымЛюбящимОсторожным |

***Упражнение 2. «Символические ярлыки»***

Идентифицируйте убеждение, вызывающее проблему.

Помогите пациенту обнаружить персональный символ, который бы представлял проблемную область. Символы должны быть глубинными, уходящими эмоциональными корнями в прошлое пациента.

Помогите пациенту определить позитивное или содействующее разрешению проблемы убеждение.

Помогите пациенту найти специфический символ, который мог бы перекинуть мостик от деструктивного убеждения к способствующей решению установке. Нет символов, которые можно было бы счесть за крайности, и терапевту нет необходимости понимать, почему они так важны, если это ясно пациенту.

Попросите пациента работать над формированием ассоциации между этими двумя символами. Начните с символа проблемной области и попросите пациента перейти к символу способствующего убеждения.

**Техника 4. «Наведение мостов высшего порядка» *Упражнение 1***

Попросите пациента сосредоточиться на старом убеждении и создать в своем воображении модель типичной сцены, где оно проявляется особенно выражено. Сцену необходимо представить в ярких деталях, задействуя все виды ощущений.

Запишите все перцептивные и понятийные переменные, связанные с образом.

Перцептивные переменные:

*Визуализация.* То, что пациент рисует в воображаемой сцене, необходимо расчленить на мельчайшие компоненты. Например, это неподвижная или живая картинка? Цветная?

Ясная или смутная? Двух- или трехмерная? Видит ли пациент в этой сцене себя? На чем сфокусировано внимание пациента, на каком элементе сцены он сосредоточен? Сцена яркая или тусклая? Каков ракурс? Каковы размеры пациента по отношению к объектам на фоне в этой сцене? Двигаются ли люди?

*Другие ощущения.* Слуховые — может ли пациент отчетливо различать звуки? Какова их продолжительность? Насколько они сильны? Обонятельные — какие пациент ощущает запахи? Кинестетические — какая температура? И так далее.

**Понятийные переменные**

Любая существенная мысль, которая возникает у пациента до, во время и после работы с воображением, должна записываться. Терапевт помогает пациенту точно установить эти мысли. Вот основные типы мыслей, на которые следует обратить внимание.

*Ожидание* — предвосхищение пациентом того, что произойдет в ситуации.

*Оценивание* — как пациент оценивает себя в течение сцены.

*Самоэффективность —* как пациент оценивает свою способность эффективно выполнить задание.

*Выгода —* предполагаемое вознаграждение или выгода, которую, как думает пациент, он сможет извлечь из ситуации.

*Наказание —* неприятности, которые пациент предвидит.

*«Я-концепция» —* установки пациента относительно своей ценности как человеческого существа.

*Атрибуции* — мотивы и установки, которые пациент приписывает другим людям в сцене.

*Цель* — почему пациент в этой сцене занимает ведущее место.

Терапевт вместе с пациентом находит логические ошибки, которые могут всплыть в его интерпретациях этих сцен. Каждая ошибка записывается. Наиболее распространенными являются: дихотомичное мышление, сверхобобщение, неэкономные рассуждения, перфекционизм, материализация абстрактного, ошибка субъективности, нападение на оппонента, апелляция к авторитетам, априорное мышление, поиски уважительной причины, эгоцентрическая ошибка, самореализующиеся пророчества, ошибочное принятие вероятности за неизбежность и т. д.

После того как вся информация о перцептивных и понятийных переменных будет записана, терапевт просит пациента представить сцену, связанную с новым убеждением, к которому он хочет проложить мост. Это должна быть модельная сцена, которая представляет новое убеждение идеальным образом. Чем ближе будет новая сцена к старой по своему содержанию, тем лучше. Как и первая сцена, эта тоже должна быть представлена живо, ярко и как можно более детально.

Запишите все перцептивные переменные пациента в новой сцене. Когда список будет завершен, обратите внимание пациента на контраст между двумя различными точками зрения на образ.

Понятия, касающиеся новой сцены, тоже записываются. Терапевт должен сконцентрировать свое внимание на поиске атрибуций, ожиданий, «Я-концепции» и оценок, которые производит пациент в новой сцене. Терапевт записывает корректные рассуждения, имеющиеся в визуализации пациента.

В работе с воображением делается пауза. Терапевт и пациент обсуждают различия между перцептивными и понятийными представлениями в этих двух сценах.

Теперь терапевт готов к тому, чтобы провести обусловливание высшего порядка. Пациент воображает первоначальную сцену в течение двух минут. Постепенно, одно за другим, терапевт вводит перцептивные и понятийные представления из новой сцены, в то время как пациент мысленно рисует изменения, пока они не станут отчетливыми. Процесс продолжается до тех пор, пока не будут внедрены все элементы новой сцены. Когда это будет успешно выполнено, пациент будет в состоянии представить себе старую сцену, но вместе со всеми компонентами, которые связаны с новой.

Зачастую вся процедура записывается на пленку, так, чтобы пациент мог работать над обусловливанием дома по два-три раза в неделю. При достаточном количестве связей эмоциональные валентности сцен изменяются, и пациент с большей вероятностью готов принять новое мышление.

***Метод 9. \*Ресинтез прошлого»***

**Техника 1. «Ресинтезирование критических жизненных событий»**

***Упражнение 1***

Пациент должен расслабиться.

Используйте составленный вами список критических событий его жизни. Иногда вы можете счесть, что более подходящим будет поменять обобщенный список на более конкретный. В таком списке перечислены события, связанные с симптоматикой пациента. После разговора с пациентом вы должны удостовериться, что убеждения, которые сформировались благодаря травмирующему событию, все еще вызывают у него проблемы в настоящем.

Обсудите с пациентом, как изменились его эмоции и поведение из-за сформированных во время критического события убеждений.

Помогите пациенту переинтерпретировать старые события, прибегнув к новым, более полезным убеждениям. Попросите его воспользоваться преимуществом отдаленности события во времени и пространстве и тщательно его исследовать, чтобы при помощи зрелых рассуждении можно было исправить прошлое ошибочное восприятие.

Прибегните к корректирующему воображению, чтобы пациент мог пересмотреть событие, представив, что он думал и вел себя разумно.

Пересмотрите все основные критические события, выявите убеждение и попросите пациента представить, что он исправляет ситуацию.

**Техника 2. «Ресинтезирование жизненных ориентиров» *Упражнение 1***

Используйте составленные вами когнитивные карты, но сделайте их лонгитюдными. Проследите истоки каждой мысли — как она трансформировалась в другие убеждения и как его представления менялись на разных стадиях жизни.

Какие другие мысли, эмоции, поступки или внешние стимулы стали ассоциироваться с данным ориентиром, когда он сформировался? Как неверная интерпретация распространилась из одной сферы жизни пациента в другие?

Попросите пациента представить себе, какой была бы его жизнь, если бы у него было другое восприятие. Попросите его вообразить, как бы он себя вел, не будь у него этих извращенных жизненных ориентиров.

**Техника 3. «Ресинтезирование ранних воспоминаний»**

***Упражнение 1. «Упражнение*** *с* ***образами»***

Попросите пациента представить себе нынешнюю ситуацию, в которой испытываются сильные эмоции. Потратьте на это некоторое время. Помогите пациенту для живости воображаемого использовать все ощущения. Когда сцена будет отчетливой, попросите его сфокусировать внимание на своем центральном убеждении, гештальте, ориентире.

Проинструктируйте пациента, чтобы он сосредоточился на первом или самом раннем воспоминании, в котором сформировалось это убеждение. Концентрируйтесь на исходной ситуации, когда возникла эмоция. Попросите пациента снова представить сцену и ясно ее визуализировать. Для облегчения этого можно произносить свое ложное убеждение голосом ребенка или подростка.

Относительно деструктивных убеждений спросите своего пациента: «Какие ошибки есть в вашей интерпретации события? Как вы могли его неверно воспринять? Что неправдоподобного говорили вы себе? Почему ваша интерпретация была ошибочной? Кто или что навело вас на ложное восприятие?»

Обсудите вместе с пациентом то, что он оценивает нынешнюю ситуацию так же неверно, как неверно он оценил и прошлую.

Скорректируйте раннее ошибочное убеждение. Попросите пациента представить, как он переделывает ситуацию, придерживаясь полезных, реалистических мыслей вместо того, во что он верил изначально. Попросите его представить, как он ведет себя и чувствует по-другому, обладая другим образом мышления.

Наконец, попросите пациента по-другому представить себе затруднения в настоящем. Исправьте ошибочное убеждение настоящего точно так же, как было исправлено предыдущее.

***Упражнение 2. «Рабочий бланк для ресинтеза»***

Этот бланк может пригодиться вам в процессе ресинтеза.

Ситуация в настоящем\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Эмоциональная реакция\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Настоящее убеждение

относительно настоящей ситуации \_\_\_\_\_\_\_\_

Раннее воспоминание

(предшествовавшие ситуационные события)

Эмоциональная реакция\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ошибочное раннее убеждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исправленное раннее убеждение\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Исправленное настоящее убеждение\_\_\_\_\_\_\_

Используйте основной список убеждений пациента и попросите его связать убеждения с ситуациями, в которых они проявляются. Каждую из этих ситуаций нужно записать в строке «Ситуация в настоящем» рабочего бланка. Убеждения, связанные с каждой ситуацией, должны быть перечислены в строке «Настоящее убеждение».

Займитесь поисками критического опыта, который у пациента был до или во время раннего подросткового периода. Во-первых, идентифицируйте события. Очень ранние события ваши пациенты могут помнить лишь смутно, но даже если имеются только фрагментарные ощущения и впечатления, попросите пациента как можно ярче их визуализировать. Зафиксируйте их на рабочем бланке.

Сформулируйте одним предложением ошибочное убеждение, которое явилось результатом каждого из этих событий. Занесите эти предложения в рабочий бланк.

После детальной дискуссии с пациентом скорректируйте каждую из ранних мыслей. Запишите эту информацию в рабочий бланк. Прежние ошибочные интерпретации ранних событий должны быть вычеркнуты, когда пациент найдет им корректное толкование. Замените все прежние ошибочные когниции, связанные с событиями.

Как только прежние иррациональности были скорректированы, помогите пациенту исправить тот иррациональный образ мышления, который у него есть на текущий момент.

Попросите пациента регулярно использовать рабочий бланк — находить ошибочные убеждения, идентифицировать их первоисточник, корректировать прежнюю неверную интерпретацию и затем принимать более функциональное убеждение в качестве руководства в своем настоящем.

**Техника 4. «Ресинтезирование семейных убеждений» *Упражнение 1***

Нарисуйте схему, изображающую основных членов семьи пациента. Перечислите их имена и возраст и отразите при помощи толщины или числа стрелок важность для пациента отношений с ними. Проверьте, включили ли вы всех членов семьи, имеющих на пациента значительное влияние.

Перечислите основные убеждения, принципы, ценности и установки, которых придерживаются люди из схемы. Посмотрите, нет ли убеждений, которые разделяют большинство членов.

Посмотрите, не можете ли вы свести эти принципы к нескольким центральным убеждениям.

Как семья привила эти центральные убеждения? Как ее членов поощряли за исполнение этих принципов и как наказывали за неверие в них?

Опишите, в каких поступках семья вашего пациента отличается от других семей из-за своих убеждений? Сравните семейные убеждения с теми, что перечислены в основном списке убеждений пациента. Сколько из них соотносятся между собой? Зависимы ли они, схожи, противоположны или синер-гичны?

**Техника 5. «Выживание и убеждения» *Упражнение 1***

Пересмотрите основной список убеждений пациента. Помогите ему решить, улучшает или ухудшает его способность решать спедифические насущные и социальные проблемы приверженность таким мыслям.

Если убеждение не помогает, помогите ему спланировать стратегию его изменения.

Если когда-то убеждение было полезным, а в настоящее время — нет, помогите пациенту осознать перемену.

***Метод 10. «Практические техники»* Техника 1. «Ролевые игры» *Упражнение 1***

Используйте основной список убеждений пациента. С его помощью составьте сопутствующий список аргументов к этим убеждениям.

Проведите игровой диспут между рациональными и иррациональными мыслями, в котором пациент занимал бы рациональную позицию, а вы, терапевт, разыгрывали бы иррациональный аргумент.

Варианты:

• Терапевт играет роль человека, который учит пациента заведомо ложным идеям, а пациент в это время спорит как с человеком, так и с его убеждениями.

• Используя технику пустого стула, попросите пациента проиграть обе стороны — иррациональную идею и контраргументы, приводя доказательства за и против центрального убеждения.

• Помогите пациенту расчленить иррациональные убеждения на их составные части и разыграйте каждую из них, при этом пациент их опровергает. Например, мысль «Я могу потерять контроль над собой и опозориться перед всеми» имеет много компонентов, которые можно проиграть. Терапевт может выступить в роли пациента, который хочет все контролировать или который стыдится в роли тревожности пациента сторонних наблюдателей, которые видят его смущение и т. д., в то время как пациент оспаривает каждый компонент.

В большинстве случаев будет лучше, если терапевт смоделирует ролевую игру, прежде чем это попробует пациент.

**Техника 2. «Практика во внешней среде» *Упражнение 1***

Перечислите все центральные убеждения пациента, связанные с его проблемой.

Обучите его всем аспектам скрытого изменения, опровержения, перцептивного сдвига или любых других когнитивных техник применительно к этим убеждениям.

После того как вы обсудите это с пациентом, составьте заключительный средовой тест для этих убеждений. Придумайте тест для каждой иррациональной мысли.

Пациент после этого проводит тест в реальности и фиксирует результаты.

**Техника 3. «Изучение дневников и практика» *Упражнение 1***

Попросите пациента записывать все техники, которые показались ему эффективными в снижении тревоги или других негативных эмоций, и оценить каждую технику по ряду 10-балльных шкал: а) сила эмоции до работы с техникой; б) сила техники; в) продолжительность использования техники; г) сила эмоций после применения техники.

Лучшие техники — те, которые устраняют сильные негативные эмоции. Пациент должен особенно тщательно и внимательно делать записи о тех техниках, которые устраняют или снижают интенсивность приступов тревоги и тяжелых депрессивных эпизодов.

После того как было собрано достаточное число работающих техник, попросите пациента отобрать те, которые лучше других снижают интенсивность негативных эмоций. Затем предложите пациенту создать целую серию новых техник, в которых акцентируются ключевые моменты ранее удавшихся процедур.

Попросите пациента продолжать совершенствовать техники методом проб и ошибок. В конце концов пациент должен сформировать несколько сильных и эффективных техник.

Во многих случаях полезно попросить пациента припомнить все техники, которые он использовал в своей жизни, чтобы избавиться от тех же или подобных мыслей. Часто бывает, что техники, которые хорошо работали в прошлом, сработают и в будущем. .

**Техника 4. «Когнитивный фокусинг»**

***Упражнение 1. «Общий фокусинг»***

Сосредоточьтесь на протекающих у пациента в течение сеанса процессах. Разница между опытным и начинающим терапевтом заключается в том, что опытный терапевт следует ответным реакциям пациента, а не своей собственной программе.

Сосредоточьтесь не только на том, *что* пациент говорит вам, но и на том, *как* он это говорит. Обратите особое внимание на интонации, выражения, эмоции, позы и другие невербальные сигналы.

Когда происходит взаимодействие (вы задаете вопрос, предлагаете интерпретацию, уточняете чувства, даете объяснение, опровергаете мысль), фокусируйтесь на вербальных и невербальных реакциях пациента. Слушайте очень внимательно.

Следуйте ответным реакциям пациента, а не своим исходным высказываниям. Реакция пациента часто может обнаружить скрытый паттерн, или убеждение, лежащий в основе изучаемой вами проблемы.

Следуйте текущим реакциям, как только они возникают.

Уточните когницию, которую пациент проявляет («Я-концепцию», атрибуции, самоинструктирование, экспектации, понятийный фокусинг).

Помогите пациенту обратить внимание на текущее состояние (например, терапевт может сказать: «Я заметил, что вы улыбаетесь»). Затем помогите пациенту перевести ощущение в когницию (например, пациент может сказать: «Я улыбаюсь потому, что мне кажется смешным, как он расстроился из-за того, что притворяется таким сильным»).

Когда пациент оказывается в замешательстве относительно того, что он имел в виду, помогите ему сфокусироваться на собственных чувствах, чтобы найти когницию, которая их проясняет.

Продолжайте работать над поиском когниции, которая была бы связана у пациента с ощущением осмысленности (например: «Да, это именно так!»).

***Упражнение 2. «Специфический фокусинг»***

Попросите пациента расслабиться и снять мышечное напряжение. Пусть он откинется в кресле и закроет глаза, если захочет.

Попросите его обо всем забыть и направить внимание внутрь себя, пока вы зачитываете сцену для упражнения. Если он пришел к вам без определенной проблемы, предоставьте ему аналогию, чтобы открыть главные источники его дискомфорта, например, такую:

«Представьте, что вы сидите в кладовке, заставленной коробками. В каждой коробке находится одна из ваших проблем. У всех проблем разные коробки, и в самой большой коробке лежит самая большая проблема. Теперь представьте, что вы передвигаете коробки по одной и расставляете их по углам так, чтобы можно было сесть. С относительно удобного нагромождения в центре комнаты внимательно изучите окружающие вас коробки. Вытащите ту, которую больше всего хочется открыть, и откройте ее. Выньте проблему из коробки и посмотрите на нее. Повертите ее и осмотрите со всех сторон. Постарайтесь отстраниться от себя и увидеть свою реакцию на нее».

Когда пациент выберет проблему из своей «кладовой», попросите его сфокусироваться на том, что он чувствует по поводу этой проблемы, сконцентрироваться на той эмоции, которая лучше всего описывает его общее состояние в связи с проблемой. Это будет нелегко для всех пациентов — для кого-то в большей, а для кого-то в меньшей мере. Многие пациенты научились предохранять себя от выяснения чувств как по отношению к себе, так и по отношению к другим. Чувства — явление сложное, составное, и поэтому многим пациентам трудно просто воспринять общее впечатление. Пациенты должны собрать воедино все свои жалобы и всю болтовню, которая может проноситься в их голове, чтобы осознать общее чувство.

Когда (к великой радости вашего пациента) он определит общее ощущение, подключите его к тщательному анализу различных нюансов и компонентов этого чувства. Поскольку обычно чувства бывают сложными, то вокруг центрального ощущения тревоги можно различить элементы гнева, вины, обиды, ревности и т. д.

Теперь попросите пациента припомнить во всех подробностях другие подобные ситуации, в которых он испытывал такие же эмоции. («Всегда ли вы тревожились, когда встречали его бывшую жену? Когда вы встречали кого-то еще, например, ее бывшую подругу или вашу тещу? Опишите эти ситуации. Скажите мне точно, что вы чувствуете по поводу каждой из них».) Попросите пациента эмоционально отреагировать на каждую ситуацию, так, чтобы вы могли убедиться, что это несомненная ассоциация общего ощущения тревоги со встречами. Ситуации могут извлекаться как из прошлого, так и из настоящего.

Самое важное —попробуйте определить, какая мысль возбудила эмоцию в каждой из этих схожих ситуаций. В каждом случае определите, что пациент говорил себе. Какое значение он приписывает ситуации? Проследите источники каждого из компонентов, чтобы понять, не ведут ли они к центральному ошибочному убеждению, которого придерживается пациент.

Теперь постарайтесь помочь пациенту изменить эмоцию. Первым делом попросите его сконцентрироваться на схожей ситуации, которая не вызывает общего негативного ощущения. «Было ли когда-нибудь такое, чтобы встреча с его бывшей женой не расстроила вас? Опишите, что вы тогда чувствовали». Напомните пациенту, что он должен не просто вспомнить, а воссоздать испытываемые чувства. Если ваш пациент может только припомнить негативное общее ощущение, попросите его сфокусировать внимание на том, как могут чувствовать себя в подобных ситуациях другие люди.

Затем попросите пациента сосредоточиться на мыслях, убеждениях или на том, что он говорит сам себе во время этих схожих ситуаций, которым присуще другое общее ощущение. («Опишите, о чем вы думали в тех случаях, когда вы не чувствовали тревогу при встрече с ней».) Помогите пациенту проанализировать эти чувства.

Наконец попросите пациента поработать над заменой чувств, которые у него были изначально, на чувства из других ситуаций. Ключевым моментом в смене эмоций является изменение мыслей. Пусть пациент представит, какие у него были мысли в случаях, когда он не испытывал тревоги, и перенесет их на тревожащие его ситуации.