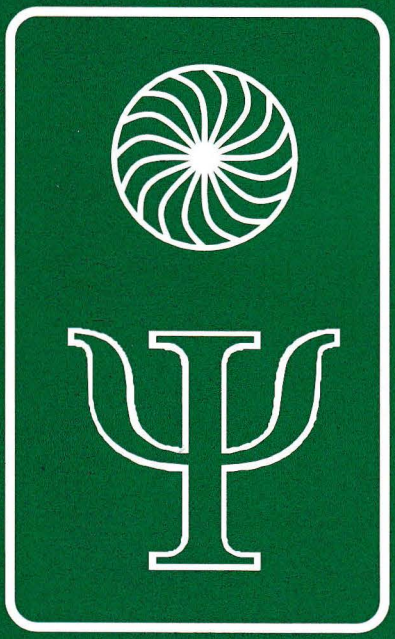
ISSN 1990-9349

ЖУРНАЛ ПРАКТИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА

Победитель Национального психологического конкурса «Золотая Психея — 2000»

Специальный выпуск:

Когнитивно-поведенческая терапия: теория и практика



В номере:

- Теория когнитивно-поведенческой терапии
- Практика когнитивно-поведенческой терапии
- Научные исследования эффективности когнитивно-поведенческой терапии
- Теория и практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии

Научно-практический журнал
№ 6, 2014
МОСКВА

Материалы с сайта https://romek.ru

Журнал практического психолога № 6, 2014

Научно-практический журнал
Издается с января 1996 года

Специальный выпуск: Когнитивно-поведенческая терапия: теория и практика

Содержание:

От редакции

Ромек В.Г. Предисловие выпускающего редактора 5

Теория когнитивно-поведенческой терапии

Ковпак Д.В. Развитие когнитивно-поведенческой терапии. Традиции и тенденции, внесенные отечественной научной школой 9

Волков Е.Н. Критический рационализм, критическое мышление и когнитивная картография: основания, метод и чертежи когнитивно-поведенческого консультирования 19

Практика когнитивно-поведенческой терапии

Белянин В.П. Трудности работы с иррациональными убеждениями в когнитивно-поведенческой терапии 38

Бурдин М.В. Когнитивно-поведенческая терапия нервной булимии и пути повышения ее эффективности 49

Кочетков Я.А., Абелтыня М., Изнов Е. Когнитивно-поведенческая терапия тяжелых форм обсессивно-компульсивного расстройства 56

Материалы с сайта https://romek.ru

Калинина Е.А. Психиатрическая эволюция: о возможности применения принципов когнитивно-поведенческой терапии при работе с персоналом сервиса психического здоровья 71

Научные исследования эффективности когнитивно-поведенческой терапии

Ромек В.Г. Терапевтические отношения в когнитивно-поведенческой терапии 77
Кузовкин В.В., Харитонова А.И. Когнитивно-поведенческая терапия как метод повышения мотивации достижения у профессиональных спортсменов 96

Теория и практика РЭПТ

Эллис А. Биологическое основание человеческой иррациональности 133
Ромек Е.А. Возможно ли экзистенциальное консультирование методом Альберта Эллиса? 160

Карт-бланш для когнитивно-поведенческих терапевтов

Савченко И.А. Прикладной анализ поведения и его применение в терапии наиболее распространенных нарушений поведения у детей 181
Федоров А.П. Новые понятия патогенетической психотерапии и когнитивная психотерапия 191

Наши авторы 205
Our authors 208
Abstracts 211

Указатель статей, опубликованных в «Журнале практического психолога» за 2014 год 216

«Журнал практического психолога» зарегистрирован в Роскомпечати РФ, свидетельство о регистрации № 014733 от 18 апреля 1996 года

Учредители: Издательство «Фолиум» и Лидерс А.Г.
Издатель: НП «НПЦ «ТРИАДА»
Главный редактор журнала: *Крючков К.С.*
Выпускающий редактор специального выпуска: *Ромек В.Г.*
Компьютерная верстка: *Тимченко Г.Н.*
Перевод на английский язык: *Булгакова Ю.С.*
Формат 60x84/16. Тираж 533 экз. Подписано в печать 20.12.2014 г.
Отпечатано: ООО «ИНФОРМПОЛИГРАФ»
111123, Москва, Плеханова, ул., 3а. Заказ № 239

Периодичность – 6 выпусков в год
Адрес редакции: 119261, Москва, а/я 54; e-mail: a-lider@mail.ru

Запрещается перепечатка статей без согласия редакции
При использовании материалов ссылка на журнал обязательна

© НП «НПЦ «ТРИАДА», 2014
© Коллектив авторов, 2014

Материалы с сайта https://romek.ru

призванная увеличить полезные формы деятельности персонала и развить здоровую конкурентную среду.

Ну и, в-третьих, работа может приносить удовольствие. Руководствуясь этим принципом, мы расширяем рамки взаимодействия сотрудников, внедряя новые формы получения удовольствия вместе.

Литература

1. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия. – М.: Академия, 2002. – 192 с.

2. Хагеманн Г. Руководство по мотивации. – М.: HIPPO, 2004. – 208 с.

Ромек В.Г.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ В КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Аннотация. В статье представлены результаты сравнительного анализа роли терапевтических отношений в процессе когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), обозначены перспективы дальнейших исследований характера терапевтических отношений и их влияния на эффективность КПТ.

Ключевые слова: терапевтические отношения, когнитивно-поведенческая терапия, эффективность когнитивно-поведенческой терапии.

Терапевтические отношения, помимо, разумеется, надежной теоретически и эмпирически проверенной основы терапии, качественного образования терапевта, его личного психического здоровья, относятся к числу важнейших детерминант успешности психотерапии. В рамках одних подходов и школ психотерапии терапевтические отношения, складывающиеся и развивающиеся в процессе терапии между клиентом и терапевтом, становятся чуть ли не важнейшим фактором успеха процесса в целом. В других формах терапии большее внимание уделяется применению техник, эмпирически проверенных с точки зрения их эффективности в целях устранения волнующих клиента проблем. Однако, вне зависимости от ключевых теоретических ориентаций, ведущие психотерапевты мира, так или иначе, отмечают важность достижения терапевтического альянса и указывают на ключевые моменты, ведущие к его достижению.

Именно поэтому идентификация важнейших характеристик и точное описание критериев эффективности терапевтических отношений привлекают пристальное внимание исследователей, вызывают профессиональный интерес терапевтов, которые хотели бы совершенствоваться в своем профессионализме, и их клиентов, опасающихся попасть под влияние профанов и шарлатанов. Ведь, если признать, что терапевтические отношения определенного рода служат важнейшим фактором выздоровления клиента, то логично будет предположить, что существуют и отношения, которые могут состояние клиента значительно ухудшить, причинить существенный вред его здоровью за его же собственные деньги.

Материалы с сайта https://romek.ru

В силу многообразия психотерапевтических школ, вызывает пристальный интерес вопрос о том, можно ли найти нечто общее в работе психотерапевтов разных «модальностей», а также выделить факторы, принципиально важные для работы психотерапевта определенного направления.

Сравнение особенностей работы мастеров, родоначальников и признанных профессионалов в своем деле, как надеялись многие исследователи, позволит наметить связи между теорией, лежащей в основе той или иной школы психотерапии, и стилем терапевтического взаимодействия, определяющим эффективность работы мастера.

Ключевой вопрос – как отличить «хорошие» терапевтические отношения от «нехороших», каким образом можно отслеживать «позитивную» либо «негативную» динамику их развития, – оказался не столь простым и однозначным, как это казалось энтузиастам, их исследовавшим. Однако были намечены, как минимум, пути, позволявшие подступиться к ответу на него.

В данной статье мы намерены представить краткий обзор накопленных данных применительно к практике когнитивно-поведенческой терапии (далее – КПТ), а также попытаемся внести некоторую ясность относительно того, обладают ли эффективные в плане успешности терапии терапевтические отношения в ней какой-либо эмпирически установленной спецификой.

В этой связи стоит, конечно, остановиться и на самом понятии «терапевтические отношения» в психотерапии. Объем статьи не позволяет нам в полной мере осветить обще-деонтологическую проблематику взаимоотношений врача и больного, читатель легко найдет соответствующие обзоры в профессиональной литературе [3; 5; 8].

Не менее важны и дискуссионны вопросы инвариантности критериев эффективного терапевтического альянса применительно к разным запросам клиентов и этапам терапии. Можем ли мы использовать одни и те же приемы достижения альянса в начале, на рабочей фазе и при завершении терапии, нет ли какой-либо специфики построения отношений с тревожными, критически настроенными или доброжелательными клиентами? Если да, то в чем состоит специфика взаимоотношений на каждой из фаз терапевтического процесса применительно к разным клиентам? Не может ли быть так, что каждый терапевт вырабатывает свой собственный, только ему присущий способ построения этих отношений? Можно ли вообще, из

соображений экономии времени, ограничится грамотным использованием базовых техник, наработанных в раках определенной терапевтической ориентации, не обращая внимания на динамику отношений терапевт-клиент? Не пострадает ли клиент от разрыва непосредственного общения с терапевтом, и, как следствие, разрыва отношений при завершении терапевтического процесса? Можно ли научить построению терапевтического альянса, или же это вопрос особой одаренности? А если речь идет о таланте психотерапевта, то как его выявить и развить? [2].

Вряд ли серьезный психотерапевт может отбросить все эти вопросы, и вряд ли на сегодняшний день существуют однозначные на них ответы. Само перечисление проблем, требующих осмысления, уже создает ощущение неподъемности исследовательской задачи, но, одновременно, будит интерес как теоретиков, так и практиков когнитивно-поведенческой терапии [34].

А. Хайгл-Эверс с соавторами, определяют терапевтические отношения как «…понятие, в самом общем виде характеризующее отношения сотрудничества, устанавливающиеся между терапевтом и пациентом. В отличие от рабочего союза в психоанализе (Гринсон), здесь не проводятся различия между отношением переноса и рабочими отношениями. Важным является лишь «признание» обоими партнерами по взаимодействию общей терапевтической задачи; при этом признание также может основываться на превратно понимаемом общем вкладе во взаимодействие» [7, с. 708].

Популярный немецкий психологический словарь показывает отношения между пациентом и психотерапевтом как «…особый вид помогающих социальных интеракций, которые изучаются в отношении качеств как терапевта, так и клиента с использованием матриц взаимодействия, взаимнонаправленных коммуникаций, подразделенных на отдельные части. Все существующие терапевтические школы считают создание отношений необходимой частью терапии» [14, с. 687]. Далее заявляется, что психотерапевту следует воздерживаться от любых высказываний и личных проявлений, выходящих за рамки терапевтических целей. По мысли авторов терапевту следует воздерживаться от яркого проявления собственных чувств, вести себя эмоционально-нейтрально и пассивно, одновременно сохраняя пристальное внимание ко всем проявлениям пациента. В рамках групповых форм психотерапии особую настороженность авторов

Материалы с сайта https://romek.ru

вызывает тенденция некоторых психотерапевтов брать на себя роль «гуру», «учителя», подавляя, таким образом, собственную активность клиентов. Более подходящими ролевыми позициями могут служить роли фасилитатора, модели, объекта для переноса, внимательного собеседника, источника поддержки и подкрепления. Однако, операционализация этих концептов (ролей) оказалась настолько сложным делом, что статьи о терапевтических отношениях в психотерапии или о психотерапевтическом альянсе даже не вошли в иные психотерапевтические энциклопедии. Именно сложности операционализации делают феномен терапевтических отношений столь трудным для изучения, особенно в сравнительных исследованиях.

Спустя почти тридцать лет тот же словарь [34] определял терапевтические отношения как межличностные коммуникации между терапевтом и клиентом, которые включают взаимные чувства и отношения клиент-терапевт, приводящие к формированию рабочего союза (альянса). Основой этого союза служит разделение ролей между терапевтом (профессиональным помощником в душевных делах) и пациентом (человеком, обращающимся за помощью в излечении серьезных нарушений психологического характера).

Многочисленные мета-исследования процесса терапии в аспекте важности отношений к этому моменту уже показали, что за эффективные изменения в терапевтическом плане отношения отвечают как минимум на 30% [24; 27]. К этому моменту мета-анализ выявил также некоторые особенности отношений в рамках разных подходов. Так, в клиент-центрированной, разговорной психотерапии особое внимание уделялось истинности и честности, эмпатии и уважению клиента, что должно было активировать его внутренние ресурсы для излечения. Психодинамический подход рассматривал сами отношения как особую интервенцию, корректирующую собственные отношения клиентов. В поведенческой же терапии хорошие терапевтические отношения считаются желательным, но недостаточным фактором терапии, основанной на экспериментальных теориях научения [6].

Хотя, с другой стороны, именно в сравнительных исследованиях было выдвинуто предположение о том, что не технические приемы или теоретические выкладки делают психотерапию успешной, а именно они – отношения клиент-терапевт.

В качестве частного следствия можно было бы предположить, что психотерапией может заниматься любая цыганка, гадалка, шаман, религиозный деятель, не знающий теории психотерапии, но хорошо усвоивший приемы экспрессного налаживания терапевтических отношений доверия с клиентом. Поскольку КПТ в существенной мере основана на достижениях экспериментальной психологии [6, с. 7-9], такая гипотеза осталась без внимания, хотя, с моей точки зрения, она заслуживает самого серьезного изучения.

На заре развития поведенческой терапии в качестве ведущего фактора успешности лечения рассматривалось компетентное использование методов теорий научения. Хорошие терапевтические отношения, хоть и признавались существенным моментом терапии, но им отводилась крайне незначительная роль.

Так, Г. Айзенк придерживался той точки зрения, что личные отношения с клиентом, хоть и имеют место быть, но никоим образом не являются решающим фактором, способствующим излечению неврозов [15, с. 67]. Похожую точку зрения высказывал А. Бандура, считавший абсолютно невероятным предположение, что поведенческие проблемы клиента могут быть решены исключительно созданием и развитием его отношений с терапевтом [9, с. 79]. Другие же авторы, такие как А. Лазарус и Дж. Вольпе считали не лишним выстраивать в процессе терапии хорошую межличностную атмосферу, хоть и не придавали этому существенного значения [35].

Позже стремление выделить и контролировать побочные переменные в строгих экспериментальных исследованиях определенных терапевтических техник привлекло внимание к таким существенным моментам, как желание принять участие в терапии, доверие к процессу лечения, позитивным ожиданиям в отношении терапевтического метода [20].

Постепенно эти «побочные факторы» поведенчески ориентированного терапевтического процесса перестали рассматриваться в качестве сопровождающего терапию «шума» и оказались в центре внимания многих исследователей. Важность и роль терапевтических отношений была заново оценена, а способность поведенческого терапевта выстраивать эти отношения стала рассматриваться в качестве одной из существенных компетенций, которую можно и нужно развивать. Существенными профессиональными навыками поведенческого терапевта стали считаться, среди прочего, творческий по-

Материалы с сайта https://romek.ru

тенциал, понимание внутреннего мира клиента, критическое отношение к себе самому и своей работе [22].

В работах Д. Долларда и Н.И. Миллера [13] подчеркивалась значимость способности терапевта выступать в качестве модели свободного и раскованного разговора о страхах и убежденности в возможности их преодоления. С их точки зрения, с момента начала терапии сами отношения пациента и терапевта образуют совершенно новую для клиента среду взаимоотношений, в которой обсуждение страшных или постыдных событий не приводит к негативным результатам. Скорее наоборот, терапевт демонстрирует свое внимание и энтузиазм в отношении возможности изменения ситуации. Терапевт, таким образом, вдохновляет клиента на открытые и свободные от страха и стеснения разговоры о сексуальности, что в последующем ведет к редукции тревоги и социальных страхов.

Еще ранее Б.Ф. Скиннер подчеркивал значение поведения терапевта как источника подкрепления позитивных изменений в ходе терапии, что, с одной стороны, может быть отнесено к специфическим приемам поведенческой терапии, но, с другой стороны, имеет и некоторый межперсональный контекст, контекст взаимоотношений клиент-терапевт. Позитивное подкрепление, таким образом, из специфической техники постепенно превращалось в сложный процесс вербального (и невербального) взаимодействия, камертоном в котором становились чувства клиента, направленные на терапевта. Поскольку процессы терапевтического общения всегда взаимнонаправлены, сам концепт вербального подкрепления становился процессом развития взаимоотношений. Теория оперантного обусловливания стремительно выходила за свои собственные теоретические рамки и требовала концентрации произвольного внимания, как терапевта, так и клиента на взаимодействии.

А. Бандура позже подчеркивал, что действенность подкрепления, источником которого служит не только терапевт, но и внешняя по отношению к нему ситуация терапии, оказывается выше, если оно (подкрепление) находит существенный отклик в сознании клиента, согласуется с его терапевтическим запросом и жизненными устремлениями.

Дальнейшее развитие представления о терапевте, как модели эффективного преодоления страха получило в рамках теории социального научения А. Бандуры [11].

Клиент, помимо расширения возможностей решения собственных проблем, приобретал и опыт применения этого репертуара сначала в терапевтической ситуации общения с терапевтом, а также некоторые навыки саморегуляции, которые оказывались даже более значимыми в долгосрочной перспективе [19].

Иными словами, терапевт все чаще рассматривался как определенная модель для клиента и в этом смысле сам должен был демонстрировать способности к приобретению широкого поведенческого репертуара, что, в свою очередь, вовлекало в терапию его собственный опыт совладания с проблемами, например, тревожности [11].

Среди множества факторов, укрепляющих доверие клиента к поведенческому терапевту, были обозначены такие, как персональная привлекательность терапевта для клиента, статус эксперта в своем деле, а также его похожесть на клиента (в широком смысле – от внешнего вида, до персональной истории жизни). В тренинге уверенности в себе, например, важным оказалась способность терапевта самому бесстрашно и артистично продемонстрировать клиенту в ролевой игре те самые навыки, которым он собирался научить клиента [25].

Таким образом, помимо демонстрации модельного поведения, терапевт давал понять клиенту, что ему самому знакомы проблемы клиента, что должно было укрепить доверие демонстрируемым образцам поведения как реально помогающим в сложных ситуациях жизни и стимулировать клиента применить выученные стратегии за рамками терапии.

Далее, сам *процесс* формирования доверия в отношениях клиент-терапевт, может оказаться составной частью процесса обучения. Развивая подобные отношения в ходе терапевтических сессий, клиент может получить опыт открытости и приобрести смелость в выражении всего разнообразия переживаемых чувств, что будет, возможно, соответствовать терапевтическому запросу. Несмотря на очевидные аналогии с психоаналитической практикой, здесь можно проследить и некоторую специфику поведенческой терапии. Так, поведенческому терапевту вовсе не обязательно хранить нейтральность, ведь в этом случае ему крайне трудно будет поделиться собственным опытом и приемами преодоления проблем, о важности которого для терапии мы только что говорили. Ведь, избегая открытости в обсуждении сложных тем, терапевт предоставит клиенту

Материалы с сайта https://romek.ru

очевидно ложную модель, на преодоление которой, возможно, и направлены его терапевтические интервенции. Вряд ли будет также терапевтична модель терапевта как человека, напрочь лишенного каких-либо сложностей в личной и профессиональной жизни, скорее имеет смысл делиться своим собственным опытом успешного совладания с этими проблемами на основе современного уровня психологических знаний о способах и приемах такого совладания.

В качестве успешной модели совладания с проблемами, само собой разумеется, может служить только терапевт, который сам уже справился с проблемами в ходе обучения или личной терапии. Предположительно, терапевт, успешно преодолевший собственные страхи, зависимости или сексуальные проблемы, лучше поймет клиента. Но остается открытым вопрос, должен ли, например, терапевт, работающий преимущественно с наркоманами или алкоголиками, сам быть в прошлом алкоголиком или наркоманом, и в какой мере этот опыт может повлиять на формирование успешного терапевтического альянса? Нужен ли терапевту, стремящемуся эффективно разрешать семейные или сексуальные проблемы опыт переживания семейных или сексуальных проблем? Должен ли этот опыт быть всенепременно завершенным и положительным? С одной стороны, из обзора Морриса Парлоффа и коллег [29] следует, что результаты терапии оказываются менее удовлетворительными в работе с терапевтами, имеющими нерешенные психические проблемы или трудности. С другой стороны, в исследовании А. Бандуры [10] было с достаточной очевидностью продемонстрировано, что терапевты, способные открыто выражать злость в повседневной жизни, спокойнее относятся к агрессивным действиям и словам клиентов, успешнее преодолевают подобные трудности в терапевтическом процессе, чем терапевты, которые избегают агрессивной конфронтации вне профессионального общения.

Общий принцип контролируемости процесса и результатов поведенческой терапии в отношении согласованной с клиентом и операционализированной цели выразился в том, что сами приемы формирования эффективных терапевтических отношений стали рассматриваться как целеориентированный и контролируемый процесс [17].

К. Граве [16, с. 171] предложил именовать *планом интеракций* осознанные и документированные стратегии выстраивания терапевтических отношений в ходе индивидуальной и групповой поведенческой

терапии. С его точки зрения, на начальных этапах терапии терапевту необходимо добиться согласования планов интеракций клиента и терапевта (причем последние редко бывают четко обозначены в речи, и ориентироваться приходится на невербальные проявления), и лишь затем осуществлять более или менее осознанные интервенции, используя гибкие стратегии изменения *собственного* стиля интеракций. Для того чтобы идентифицировать смутные планы клиента в отношении желаемого результата и стиля взаимоотношений с терапевтом, К. Граве рекомендует следить не только и не столько за словами и действиями клиента, сколько за собственными реакциями терапевта, которые в нем пробуждает клиент. Речь не идет о приспособлении стиля общения клиента к собственным терапевтическим приемам. Скорее, терапевту следует стремиться к гибкому изменению своих собственных действий. Последнее вновь предполагает наличие у терапевта широкого поведенческого репертуара, приобретенного в ходе жизни, обучения, личной терапии, и осмысленной и контролируемой стратегии выстраивания терапевтических отношений. На последующих этапах терапии стиль отношений меняется в сторону все большей конфронтационности и провокативности, что должно вести к сукцессивному изменению в стиле поведения клиента, приобретению новых навыков действий и мыслей, расширению поведенческого репертуара и т.д.

Неясным, согласно К. Граве, остается, впрочем, вопрос о критериях и мерах конфронтационности и альянса во взаимоотношениях, приемах первого и второго, способах обучения выстраиванию терапевтических отношений. Хотя понятна главная идея – терапевту следует «…совершенно осознанно таким образом выстраивать свои отношения с клиентом, чтобы удовлетворить его важнейшие интеракционные цели» [17, с. 215].

Успех более или менее продолжительной терапии предполагает, что клиенту придется некоторое время мириться с неприятными кратковременными последствиями (рассказывать о своих страхах, неудачах, провалах или некомпетентности), чтобы в будущем достичь положительного результата. Невозможность немедленного достижения предполагаемой, часто трудно вербализуемой цели, может отпугивать некоторых клиентов и даже приводить к преждевременному прекращению терапии. На основе общей теории научения можно предположить, что мотивация к терапии и, в конечном счете,

Материалы с сайта https://romek.ru

ее успех, будут в существенной мере зависеть от способности терапевта дифференцированно реагировать на сообщения о временных затруднениях и на обсуждения долгосрочных перспектив улучшения.

Иными словами, в большей или меньшей мере терапевту следовало бы игнорировать сообщения либо попытки обсудить страхи изменений, интернальную атрибуцию неудач, беспомощность, прежние безуспешные попытки получить помощь от других психотерапевтов, отсутствие ясных представлений об условиях и результатах желаемых изменений, скрытую выгоду от нарушений, отсутствие явных альтернатив имеющемуся положению вещей и т.д. Иначе говоря, в отношении краткосрочных неприятных явлений используется игнорирование или переключение разговора на более воодушевляющие (хоть и долгосрочные) перспективы, либо же создается возможность краткосрочного подкрепления позитивных изменений, непосредственным источником которых является сам терапевт, его стиль и содержание общения. Даже в кратковременной перспективе можно обнаружить и положительные последствия, которые терапевтом акцентируются и развиваются. К числу этих сообщений можно отнести признание терапевтом экспертом в своей области, надежду на позитивные изменения, опыт успешной терапии в прошлом, интерес к концепции и приемам терапии, умение рассматривать проблемы и симптому как возможный источник негативного подкрепления (удовольствия от их разрешения или редукции).

Нельзя оставить без внимания и проблемы, связанные с *сопротивлением изменениям*, которое, конечно же, имеет место в КПТ, но, к сожалению, слабо представлены в поведенческо-терапевтической литературе. Так или иначе, клиентам часто представляется проще и надежнее оставить все как есть, чем тратить силы время и деньги на обучение изменениям, особенно если их надежда на успех терапии мала. Парадоксальным образом высокая степень страдания в этом случае может также оказаться позитивным фактором, особенно если терапевту удается подразделить глобальные терапевтические цели на под-цели, достижение которых станет для клиента очевидным и вызовет надежду на ценное для него самого (и для терапевта) подкрепление, зависящее от его собственной активности.

В систему отношений клиент-терапевт часто оказываются вовлечены другие люди из окружения клиента, образуя своеобразный

«социальный атом» в смысле Я. Морено. Часто бывает так, что отдельные элементы этого атома (родственники, начальство, знакомые врачи другого профиля и т.д.) так или иначе не столько заинтересованы в поведенческих изменениях клиента, на которые направлена сама терапия. Так, например, супруг или супруга, либо начальник могут скорее пострадать от повышения уровня уверенности в себе клиента. Многие психотерапевты, пытаясь вовлечь в терапию близких клиенту людей, прямо или косвенно наталкиваются на их сопротивление, что не может ни сказываться на ходе терапии [1]. Несмотря на очевидность данного факта, надежных данных о способах и эффектах предотвращении негативного развития отношений клиента с терапевтом вследствие влияния третьих персон явно недостаточно.

Нежелательность, вплоть до полного запрета, проводить терапевтические мероприятия с родственниками и близкими друзьями относится к этой же группе проблем, лишний раз указывая на важность учета наличных отношений. Не стоит также особо комментировать множество публикаций, правовых актов и этических запретов, налагаемых на сексуальные отношения между клиентом и психотерапевтом, хотя и здесь, если дистанцироваться от этических моментов, возникают также нерешенные вопросы, особенно касающиеся отношений терапевт-клиент в сексуальной терапии и терапии супружеских проблем [4].

Эмпирические исследования терапевтических отношений в КПТ

Попробуем проследить, каким образом вышеозначенные положения получили свое подтверждение в немногочисленных эмпирических исследованиях характера терапевтических интеракций в ходе КПТ.

Исходным пунктом первых эмпирических исследований терапевтических отношений в КПТ служило проверка вопроса о том, в какой мере теоретические предпосылки поведенческой терапии согласуются с реальной практикой работы мастеров этого направления. Предполагалось, что разные формы и приемы научения, отучивания или переучивания клиентов, основанные на подкреплении предполагают высокую степень директивности терапевта, выступающего носителем знаний о здоровых и болезненных формах поведе-

Материалы с сайта https://romek.ru

ния, что теплота и внимание к внутреннему миру клиента – совсем не то, чего возможно достичь в рамках этой относительно краткосрочной форме терапии. Наблюдая в достаточно свободной и не стандартизированной форме за работой Дж. Вольпе, исследователи отмечали, что наряду с пояснениями относительно научной обоснованности используемого им метода, стиль его коммуникаций в высшей степени отличался теплотой и доброжелательностью в общении с клиентом [21].

В первых исследованиях, имевших характер скорее поисковых исследований, сравнивались видео- и магнитофонные записи известных представителей разных направлений (Ф. Перлса, К. Роджерса и А. Лазаруса) в работе с одной и той же клиенткой. Хоть и ясно, что статистический подход в этих исследованиях применить было достаточно трудно, полученные результаты широко известны и до сих пор привлекают внимание исследователей и практиков (видеозаписи частично доступны в сети интернет).

Э. Шостром, широко известный благодаря своим работам по психологии манипуляций, при анализе этих фильмов обнаружил, что К. Роджерс, в сравнении с двумя вышеупомянутыми другими терапевтами, демонстрировал высшую степень ориентации на клиентку и общался преимущественно в плоскости чувств, Ф. Перлс легко устанавливал и поддерживал сопереживание проблемам клиентки. А. Эллис, как и ожидалось, сильнее других был склонен к оценкам и переосмысливанию её слов [31, с. 68].

В другом исследовании подсчитывалась частота использования различных слов. А. Лазарус, как было обнаружено по магнитофонным записям, говорил довольно часто, преимущественно от собственного лица, интенсивно вмешивался в разговор, довольно редко используя двусмысленные и неясные выражения. К. Роджерс использовал слова позитивного содержания, как, впрочем, и его клиентка. Сама клиентка также реже говорила о себе в негативном плане в диалогах с К. Роджерсом и А. Лазарусом, меньше всего использовала негативных самооценок в диалоге с А. Лазарусом. Результаты не стали неожиданностью, и инициировали дальнейшие, более репрезентатиные исследования.

О'Лири [28] по результатам опроса родителей, прошедших терапию по программе оперантного обусловливания в семье, пришел к выводу, что, помимо приобретения чисто технических навыков, особенно значимыми для них были хорошие отношения с терапевтом, которые у большинства из них (96%) вызывали чисто личную симпатию. Складывалось впечатление, что поведенческие терапевты, настаивающие на преимущественной важности приобретения поведенческих навыков, на самом деле каким-то образом в процессе обучения и терапии формировали добрые отношения со своими клиентами. Чаще всего для описания стиля терапевта участники использовали такие характеристики как «теплый, понимающий и всерьез заинтересованный в тесном контакте с клиентом». Впрочем, вряд ли стоит упускать из поля зрения тот факт, что отсутствие четкой структуры сессий часто вело к преждевременному прекращению терапии, и, таким образом, отношения просто не успевали развиться, что поведенческая терапия, проводимая по заказу различных институтов часто не отличалась особенно доброжелательным отношением клиентов (подростков) к терапевту. Следует заключить, что помимо умения *терапевта* выстраивать отношения теплоты, доверия и принятия, на характер этих отношений в реальности могут влиять и внешние институационные переменные, такие, например, как добровольность участия в терапии, нарушаемые в случае направления на терапию судом или по настоянию близких.

Интересные результаты были получены в ходе широко известных исследований Р. Слоана с коллегами [32], в котором на основании магнитофонных записей сравнивался стиль работы с клиентами (N=94) специалистов-психоаналитиков и поведенческих терапевтов (среди них были и такие известные персоны, как Дж. Вольпе и А. Лазарус). В исследовании использовались градуированные независимые оценки успеха терапии и поведения терапевтов. Было установлено, что в обеих группах терапевтов разной ориентации практически в равной мере присутствовало безусловное принятие и теплота отношений. Эмпатическое понимание нужд клиента оценивалось значимо выше в группе поведенческих терапевтов. Поведенческие терапевты также получили более высокие оценки по переменным «собственная конгруэнтность» и интенсивный личный контакт с клиентом (использовалась шкала эмпатии [33].

Анализ записей на основании другой шкалы [23] показал, что поведенческие терапевты чаще высказывались в директивной манере, в два раза дольше говорили и чаще прерывали речь клиентов. Аналитики же вели себя менее авторитарно и чаще подчеркивали

Материалы с сайта https://romek.ru

самодостаточность клиентов. Д. Циммер [36, с. 94-95], однако указывает на некоторые методические дефекты данного исследования, заключающиеся в его дизайне и том факте, что уровень психических проблем клиентов поведенческих терапевтов отличался от уровня проблем психоаналитиков, что записи касались разных этапов работы и т.д.

Любопытно, что в другом исследовании анализ магнитофонных записей работы психоаналитиков, поведенческих и гештальт-терапевтов не выявил существенных различий между первыми двумя группами, зато обе они разительно отличались от работы гештальт-терапевтов, которые проявляли намного большую активность и директивность [12]. В этом исследовании сравнивались магнитофонные записи уже 18 различных терапевтов, которые, как это ни странно, независимо от ориентации, все предпочитали работать с материалом из настоящего времени, преимущественно ориентируясь на сообщения о переживаниях клиентов. Поведенческие терапевты демонстрировали наибольшую степень изменчивости стиля коммуникаций с клиентом.

Похожие выводы сделал Д. Гринвальд [18] по материалам краткосрочной терапии депрессивных расстройств в психоаналитическом и поведенческом ключе. Поведенческие терапевты работали значимо более директивно и структурированно, проявляли больше личной инициативы и стремления поддерживать позитивный характер диалога.

К сожалению, получение данных о взаимосвязи эффективности терапии и различных стилей коммуникации в рамках определенных подходов, по-видимому, оказались достаточно сложной задачей для эмпирического исследования. И действительно, нетрудно себе представить всю методическую и организационную сложность и комплексность выполнения такого рода исследования.

Выводы

Попробуем подвести некоторые итоги нашего обзора роли и специфики терапевтических отношений в ходе КПТ.

1. Характер терапевтических отношений в рамках КПТ имеет много общих черт с отношениями, складывающимися в ходе успешного терапевтического процесса в рамках иных форм терапии. Как клиенты, так и квалифицированные эксперты не находят принципиальных отличий в характере терапевтических отношений профессионалов, практикующих различные формы терапии, основанных на терапевтическом альянсе, контракте и разделении обязанностей.

2. Предположение о том, что теоретические основания КПТ диктуют необходимость директивной формы терапевтических коммуникаций, не находят своего подтверждения.

3. К специфическим чертам стиля коммуникаций когнитивно-поведенческого терапевта следует отнести более свободные и глубокие формы само-проявления, чем это свойственно другим подходам. В соответствии с теорией социального научения, когнитивно-поведенческий терапевт сам служит моделью преодоления сложных жизненных проблем, в этом смысле *не является нейтральным объектом* переноса для клиента. В этом смысле отношения переноса и контр-переноса имеют в рамках КПТ существенную специфику.

4. Построение и характер терапевтических отношений в процессе КПТ изменяется в направлении большей директивности со стороны терапевта.

5. Выстраивание и характер терапевтических отношений в процессе КПТ подчинены строгому и контролируемому плану коммуникаций, выполнение которого, в первую очередь, – задача терапевта. Именно терапевт, изменяя свой стиль и содержание коммуникаций в соответствии с поведением и запросами клиента, управляет развитием терапевтических отношений.

Перспективы исследований

К числу первоочередных задач развития КПТ следует, с нашей точки зрения, отнести организацию их эмпирического изучения с привлечением специалистов, практикующих этот метод терапии, и их клиентов. Здесь в России, как и во всем мире, ощущается заметный дефицит таких исследований. Особое внимание професси-

Материалы с сайта https://romek.ru

оналов стоит уделить сложным случаям, связанным с преждевременным прекращением терапии, либо вызвавших жалобы клиентов. В целях такого анализа, конечно, потребуется некоторый банк протоколов, как успешной работы, так и сложных случаев.

Важным представляется также изучение вопроса специфики терапевтических отношений в рамках терапии различных групп поведенческих нарушений в широком социокультурном контексте. В частности, интерес представляет изучение специфики отношений при работе с глубоко религиозными клиентами, представителями небольших национальных групп, клиентами с ясной и однозначной (либо наоборот – неясной и неоднозначной) симптоматикой.

Отдельная исследовательская задача заключается в изучении специфики терапевтических отношений в КПТ на этапах начала терапии, массированных интервенций и при завершении терапии. Работы такого рода крайне немногочисленны в силу трудоемкости и сложности методического характера.

Существующие приемы оценки качества и характеристик терапевтических отношений вызывают ряд вопросов, и требуют, вероятно, также последующей доработки и доведения до уровня валидного и надежного средства измерения качества терапевтических отношений при всей их сложности, требующей системного подхода к измерению.

Литература

1. Бабин С.М. Психотерапия в системе лечения и реабилитации психически больных: Дисс... докт. мед. наук. – С-Пб., 2006.
2. Винер Дж. Терапевтические отношения. Перенос, контрперенос и обретение смысла. – М.: Когито-Центр, 2011. – 145 с.
3. Калмыкова Е., Кехеле Х. Изучение психотерапии за рубежом: история, современное состояние // Основные направления современной психотерапии. – М.: «Когито-Ценр», 2000. – С. 14-44.
4. Куликов А.И. Сексуальные чувства в психотерапии и восприятие психотерапевтических границ // Психоанализ. – 2003. – № 3. – С. 112-134.
5. Ромек Е.А. Психотерапия: Рождение науки и профессии. – Ростов-на-Дону, «Мини Тайп», 2005. – 392 с.

6. Ромек В.Г. Поведенческая психотерапия: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 192 с.
7. Хайгл-Эверс А., Хайгл Ф., Отт Ю., Рюгер У. Базисное руководство по психотерапии. – СПб.: «Восточно-Европейский Институт Психоанализа», совместно с издательством «Речь», 2002. – 784 с.
8. Хенштель У. Социальное взаимодействие в психотерапии: понятие терапевтического альянса // Иностранная психология. – 1996. – № 7. – С. 120-142.
9. Bandura A. Principles of behavior modification. – Holt, Rinehart & Wilson, New York, 1969.
10. Bandura A. Psychotherapists' anxiety level, self-insight, and psychotherapeutic competence // Journal of Abnormal and Social Psychology. – 1956. – № 52. – P. 333-337.
11. Bandura A. Social learning theory. – Prentice-Hall, 1977. (в перводе: Бандура А. Теория социального научения. – СПб.: Евразия, 2000. – 320 с.
12. Brunink Sharon A.; Schroeder Harold E. Verbal Therapeutic Behavior of Expert Psychoanalytically Oriented, Gestalt, and Behavior Therapists // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1979. – Vol. 47, №. 3. – P. 567-74.
13. Dollard J., Miller N. E. Personality and psychotherapy. – New York: McGraw-Hill, 1950.
14. Dorsch F. Psychologisches Woerterbuch. – Bern, Stutgart, Toronto: Huber, 1987.
15. Eysenck H.J. Learning theory and behavior therapy // Journal of Mental Science. – 1959. – 105. – P. 61-75.
16. Grawe K. Die diagnostisch-therapeutische Funktion der Gruppeninteraktion in verhaltenstherapeutischen Gruppen. // Grawe K. Verhaltenstherapie in Gruppen. – Mьnchen, Wien, Baltimore : Urban und Schwarzenberg, 1980. – S. 88-233.
17. Grawe K. Verhaltenstherapie in Gruppen. – Mьnchen, Wien, Baltimore : Urban und Schwarzenberg, 1980. – 348 s.
18. Greenwald D.P., Kornblith S.J., Hersen M., Bellack A.S., Himmelhoch J.M. Differences between social skills therapists and psychotherapists in treating depression // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – Vol. 49, №. 5. – P. 757-759.

Материалы с сайта https://romek.ru

19. Kanfer F.H., Goldstein A. P. Helping people change. – New York: Pergamon, 1975.

20. Kazdin A.E. Nonspezific treatment factors in psychotherapy outcome research // Journal of Consulting & Clinical Psychology. – 1979. – № 47. – S. 846-851.

21. Klein M.H., Dittmann A.T., Parloff M.B., Gill M.M. Behavior therapy: Observations and reflections // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1969. – № 33. – P. 259-266.

22. Lazarus A. Behavior therapy and beyond. – New York: McGraw-Hill, 1971.

23. Lennard H.L., Bernstein A. The Anatomy of Psychotherapy. – N.Y: Columbia University Press, 1960.

24. Lutz W. (Hrsg.) Lehrbuch Psychotherapie. – Bern: Huber, 2010.

25. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. – New York: Plenum, 1977.

26. Muran C.J., Barber J.P. The therapeutic alliance: An evidence-based approach to practice. – New York: Guilford, 2010.

27. Norcross J.C. Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness. – Oxford: Oxford UP, 2011.

28. O'Leary K.D.; Turkewitz H.; Taffel S.J. Parent and therapist evaluation of behavior therapy in a child psychological clinic // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1973. – Vol 41(2). – P. 279-283.

29. Parloff M.B, Waskow I.E., Wolfe B.E. Research on therapist-variables in relation to process and outcome // Garfield S.L., Bergin A.E. (eds.) Handbook of Psychotherapy and BehaviorChange: an empirical analysis (2nd ed.). – New York: John Wiley andSons, 1978. – P. 233-282.

30. Rogers C. The necessary and sufficient condition of therapeutic personality change // Journal of Consulting Psychology. – 1957. – № 21. – P. 95-103.

31. Shostrom E.L., Riley C.M.D. Parametric analysis of psychotherapy // Journal of Consulting and Clinical Psychology. – 1968. – № 32. – P. 628-632.

32. Sloane R., Staples F., Cristol A., Yorkston N., Whipple K. Psychotherapy versus behavior therapy. – Cambridge: Harvard University Press, 1975. – 264 p.

33. Truax C.B., Carkhuff R.R. Toward effective counseling and psychotherapy. – Chicago: Aldine, 1967.

34. Wirtz M.A. (Hg.): Dorsch - Lexikon der Psychologie. 17. ьberarb. Auflage. – Verlag Hans Huber, Bern, 2014.

35. Wolpe J., Lazarus A.A. Behavior therapy techniques. – New York: Pergamon Press, 1966.

36. Zimmer D. Die Therapeut-Klient-Beziehung in der Verhaltenstherapie // Die therapeutische Beziehung – Weinheim; Deerfield Beach; Basel: Edition Psychologie, 1983. – S. 82-97

Материалы с сайта https://romek.ru

Belyanin V.P.

The challenges of working with irrational beliefs in cognitive behavioral therapy

Abstracts. The article deals with the schemas of the patients where irrational beliefs prevail. Some insight into author's experience working with patients who have religious and esoteric beliefs is made. Some thoughts about the ways patients describe their delusions and use metaphors are brought up. The article is based on the experience of the author who is a certified psychotherapist in the province of Ontario, Canada.

Keywords: cognitive behavior therapy, case analysis, irrationality esoteric, religiosious beliefs, metaphors in psychotherapy.

Burdin M.V.

Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa and ways to improve its effectiveness

Abstract. Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa, as a therapeutic approach with proven efficacy, at the same time needs to be taken into account various clinical variants of the disease. One way to improve the efficiency of CBT for BN is presented in the article modification of the standard programs used in identifying addictive mechanism of pathogenesis of this disorder. The possibility of such modification demonstrates integrative potential cognitive-behavioral approach in general.

Keywords: bulimia nervosa, anorexia nervosa, cognitive-behavioral therapy, addictive disorders, psychotherapy goals, effectiveness of psychotherapy.

Kochetkov Y.A., Abeltina M.V., Iznov E.E.

Cognitive-behavioral therapy of severe forms of obsessive-compulsive disorder in hospital

Abstract. Cognitive behavioral therapy (CBT) very often uses for treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD) in last decades. Combination of CBT and pharmacotherapy became a «gold standard» for treating OCD in many countries. Nevertheless, traditional types of CBT such as Exposure and Response prevention and different cognitive models have limitations for treatment of severe forms of OCD. Modern complex models of treatment OCD and original integrative approach are described in the article.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, obsessive-compulsive disorder, integrative approach.

Kalinina E.A.

Psychiatric evolution: possibility of application of cognitive behavioural therapy while working with psychiatric health service personnel

Abstract. The article is analyzing methods of work with medical personnel in the view of rules regulating humans' behaviour and possibilities of applying the principles and theoretic concepts of Cognitive behavioural therapy. The author emphasizes the risk of learned helplessness that can be developed by the staff. The article illustrates personnel reward system aiming to reinforce the behaviour desired by a company. It also specifies techniques of improvement of psychological atmosphere in a company.

Keywords: psychiatric health service, personnel, involvement, learned helplessness, optimism, reinforcement, avoiding behaviour, reward system, newsmaker.

Romek V.G.

Therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy

Abstract. The article presents the results of a comparative analysis of the role of the therapeutic relationship in the process of cognitive-behavioral therapy (CBT) and displays perspectives of further exploration of therapeutic relationship and its impact on the effectiveness of CBT.

Keywords: therapeutic relationship, cognitive-behavioral therapy, effectiveness of cognitive-behavioral therapy.

Kuzovkin V.V., Kharitonova A.I.

Cognitive-behavioral therapy as a method of increasing achievement motivation of professional athletes

Abstract. T he paper reviews the ways of applying cognitive-behavioral therapy in order to increase achievement motivation of professional female judoists. The authors demonstrate the ways of studying the efficiency of cognitive-behavioral therapy by means of a single case study.

Key words: professional female judoists, achievement motivation, cognitive-behavioral therapy, developing quasiexperiment, single case study, the ABC scheme.

Материалы с сайта https://romek.ru

OUR AUTHORS

Abeltina Marija Vladimirovna, Latvia, Jurmala, Psychiatric Clinic «Udensroze», Clinical Psychologist, Cognitive Behavioral Therapist. E-mail: www.mindclinic.ru, marija.abeltina@gmail.com

Belyanin Valery Pavlovich, Russia, Moscow, candidate of psychological Sciences (Ph.D), doctor of philological Sciences, Professor of the Department of Psycholinguistics, member of Moscow Psychotherapy Academy, certified member of The Ontario Association of Consultants, Counsellors, Psychometrists and Psychotherapists, member of Ontario Psychological Association, member of Ontario Society of Adlerian Psychology, member of editorial board of Russian Psychological Magazine. E-mail: lifemaybegood@gmail.com web-site: www.psyling.com

Burdin Mikhail Valerievich, Russian Federation, Perm, Candidate of Medical Sciences, Perm State University, Senior lecturer, Chair of Psychology, Psychotherapist, Cognitive-behavioral therapy.

Volkov Evgeny Novomirovich, Russia, Nizhniy Novgorod, candidate of philosophical Sciences, Associate Professor, Department of General Sociology and Social Work, Faculty of Social Sciences of the Lobachevsky State University of Nizhniy Novgorod – National Research University (UNN), the member of International Cultic Studies Association. COURSE site – http://evolkov.net

Iznov Eugeny Eugenievich, Latvia, Jurmala, Director of Psychiatric Clinic «Udensroze», psychiatrist. E-mail: www.mindclinic.ru, e.iznov@gmail.com

Kalinina Elena Alexandrovna, Russia, Stavropol, Medical Psychologist of State Budget Public Health Organization of Stavropol Region "Stavropol Regional Clinic Psychiatric Hospital No 1", supervisor and board member of Center for Social and psychological assistance «Crossway». E-mail: kalinapsyservis@lenta.ru

Kovpak Dmitrii Viktorovich, Russia, St. Petersburg, candidate of medical sciences (PhD), associate Professor of psychology and pedagogy of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov; Chairman of the Association of Cognitive-Behavioral Psychotherapy; co-chair of the section of cognitive-behavioral psychotherapy in Russian Psychotherapeutic Association; scientific supervisor of the section of psychological correction and psychotherapy,

as well as member of the Board of the St. Petersburg Psychological Society. Chief physician of the «Center of Emotional Adjustment» and «Clinics in the treatment of depression and phobias».

Kochetkov Yakov Anatolievich, Russia, Moscow, candidate of biological Sciences (PhD), Director Centre for Cognitive therapy, clinical psychologist. E-mail: www.selfhelp.ru, kochet77@gmail.com

Kuzovkin Viktor Vladimirovich, Russia, Moscow, Candidate of psychological sciences (PhD), Associate Professor, Professor of the Psychological Counseling Division, Psychology Department, Moscow Region State University; co-founder and the head of the non-commercial partnership «Scientific-Practical Centre «TRIAD»; full member and co-chairman of the modality «Client-Centered Therapy» of the Professional Psychotherapists' League; full member (applied direction) and board member of the Russian Psychoanalytic Society; person-centered psychotherapist.

Romek Vladimir Georgievich, Russia, Rostov-on-Don, Ph.D., Associate Professor, Associate Professor of the Department of Applied Psychology of South-Russian Institute for Humanities, a member of the Russian Professional Psychotherapeutic League, a member of the American Psychological Association. Personal site: http://romek.name

Romek Elena Anatolyevna, Russia, Rostov-on-Don, Doctor of Science, professor of Southern Federal University, a member of the editorial boards of the journals «Existential tradition: philosophy, psychology, psychotherapy» and «Theory and Practice of Psychotherapy», leader of training programs on rational-emotional behavioral therapy. Personal site: http://elena.romek.ru

Savchenko Igor Anatolievich, Russia, Moscow, Candidate of psychological sciences (PhD), methodist of Center for psychological, medical and social support «Interaction»; full member of the Professional Psychotherapists League, affiliate member of the Association for Behavior Analysis International. E-mail: sav-i@ya.ru

Fedorov Aleksandr Petrovich, Russia, St. Petersburg, Russia, doctor of medical Sciences, Professor of the Department of psychotherapy of the North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov.

Kharitonova Anna Igorevna, Russia, Moscow, Master of psychology; Master of physical culture; Honored master of sports of Russia, Master of sport

Материалы с сайта https://romek.ru