

## РАБОТА С УБЕЖДЕНИЯМИ: ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ

(ПО А.БЕКУ)

А.ХОЛМОГорова

### 1. Индивидуальный подход

Каждый больной имеет свой уникальный набор убеждений и взглядов. Когда эти убеждения серьезно искажают действительность, возникает нужда в их изменении. И необходимы не только время, но и определенные усилия, чтобы выявить и изменить такого рода набор. Цель может быть достигнута лишь при условии вовлечения пациента в терапевтический процесс в активной роли.

Для мотивирования к подобной работе следует в нужный момент открыть пациенту, что именно его внутренние установки, сопровождающиеся специфическим искажением реальности, делают его уязвимым к депрессии.

В период своего развития каждый человек вырабатывает определенные правила и взгляды, с помощью которых он наделяет определенным смыслом окружающий мир. Система этих внутренних установок составляет ориентировочную основу его жизни. Данные правила определяют, как человек перерабатывает воспринимаемое, как он ставит цели, оценивает и корректирует свое поведение. Малоадаптивные установки отличаются от адаптивных тем, что они неадекватны реальности, ригидны и экстремальны (преувеличены). Личный опыт каждого человека достаточно узок, а если он еще и экстремален или если родители имели неординарный опыт, в результате чего пришли к экстремальным установкам, то генерализация этого опыта на всю последующую жизнь может иметь тяжелые последствия.

Такие искажения мышления, как *преувеличение*, *сверхобобщение*, *абсолютизация*, основаны на соответствующих *правилах*, которые толкают человека к преувеличению, сверхобобщению и абсолютизации.

Неадекватная установка срывает в определенных ситуациях, относительно которых пациент особенно сензитивен и уязвим, непроизвольно отодвигая формы более зрелого мышления.

Посылки, основанные на сверхобобщении и других искажениях, ведут к таким же искажениям в мыслях, и, соответственно, в выводах. Вот образец подобного умозаключения: 1) если меня не любит какой-то мужчина, я ничего не стою; 2) Х. не любит меня; 3) значит, я ничего не стою.

У разных людей могут быть разные типичные обстоятельства, где проявляется их уязвимость, и где работают мало адаптивные, незрелые установки, обычно изолировавшиеся в результате определенного травматического опыта:

- 1) *принятие – отвержение;*
- 2) *успех – неуспех;*
- 3) *здоровье – болезнь;*
- 4) *выигрыш – потеря.*

Если базисная посылка заключена в перфекционистском требовании *“быть всегда на высоте”*, то любая ситуация как действительного, так и, в равной степени, мнимого или возможного неуспеха, может провоцировать депрессивные мысли и реакции.

Общая установка – *“Ты должен быть на высоте, иначе ты ничего не стоишь”*:

ситуация общения – *“Ты должен проявлять компетентность и доброжелательность, иначе ты ничего не стоишь”*;

ситуация работы – *“Ты должен выполнять любое дело очень качественно, иначе ты ничего не стоишь”*.

Эти установки всячески поощряются нашей культурой, где господствует культ успеха. Многие родители убеждены, что воспитание в духе таких императивов – *залог успеха в жизни*.

Если успех по каким-то причинам не приходит, то наступает депрессия. Низкая способность сопротивления неуспеху и достаточно высокая зависимость от успеха – психологическая основа многих депрессивных расстройств.

В нашу консультацию обратилась супружеская пара по поводу затяжных конфликтов с пятнадцатилетней дочерью. Выяснилось, что три года назад эта же пара искала психологической помощи для своего старшего сына, который после безответной влюбленности впал в глубокую депрессию, сопровождаемую самообвинениями. Юноша оказался абсолютно не готов к каким-либо жизненным неудачам. Правило *“всегда быть на высоте”*, которое культивировалось родителями, в этом случае трансформировалось в ситуативную установку: *“Если не добился любви и симпатии, значит, ничего не стою”*. Со стороны сестры сформировалась устойчивая реакция постоянного унижения и обесценивания в адрес как старшего брата, так и родителей. Направленная беседа выявила высокую ценность успеха в семье, который оказался наименее доступен именно для дочери ввиду того, что она не выдерживала ситуации конкуренции с братом, постоянно находящегося рядом и всегда – и в школе, и в университете – отличавшегося высокими достижениями в учебе.

Как видно, по отношению к перфекционистским установкам указанного типа возможны разные *компенсаторные стратегии*. Можно выделить три основные:

1) *Избегание*: “Если я чего-то не сделал, то не потому, что не могу, а потому, что мало старался”;

2) *Сверхстарательность*: “Если я буду очень много работать, я смогу хоть как-то соответствовать этому стандарту”;

3) *Обесценивание и унижение других*: “Они более несостоятельны, значит, я не столь уж плох”.

А.Бек в 1976 году выделил целый ряд наиболее типичных установок, предрасполагающих к депрессии:

1. *Чтобы быть счастливым, я должен быть успешным во всем, что делаю.*

2. *Чтобы быть счастливым, я должен быть всегда уважаемым всеми людьми.*

3. *Если я допустил ошибку, это означает, что я несостоятелен.*

4. *Я не могу жить без этого (без нее).*

5. *Если кто-то не соглашается со мной, значит, он не любит меня.*

6. *Моя ценность как личности зависит от того, что другие думают обо мне.*

## **2. Сотрудничество при стимуляции активной рефлексивной позиции пациента**

Следует, однако, помнить, что выделенные А.Беком внутренние позиции – это лишь некоторые обобщенные схематизированные формулировки, которые в каждом отдельном случае могут иметь свои нюансы и специфику. Депрессивные пациенты с заметным упорством придерживаются этих убеждений и глубоко уверены в их очевидности. Попытки терапевта подвергнуть сомнению эти убеждения весьма часто рассматриваются как покушение на высокие стандарты, которыми они гордятся и в глубине души считают залогом настоящего успеха в жизни.

Мать тяжело депрессивной пациентки, теряющей возможность выполнения какой-либо работы из-за своих высоких стандартов, не желает сдавать позиции и в беседе с нами на семейной консультации просит порекомендовать другой подход “для воспитания бойцовских качеств”, а не поражения. Даже когда депрессия дочери достигла клинического состояния, она не пожелала сдать своих позиций.

“Эти установки, как правило, составляют такую же неотъемлемую часть самоидентичности человека, как принадлежность к мужскому или женскому полу” (Бек, 1976, с.248).

Если терапевт бросает вызов подобным взглядам, его вопросы могут восприниматься пациентом как атаки на его внутренний мир или же про-

явление недостатка понимания и эмпатии. А между тем безусловность веры в эти негативные убеждения, их субъективная важность и очевидность для пациента прямо коррелируют с риском и тяжестью депрессии.

Пациентов, которые совершенно осознанно держатся за такие свои убеждения, мы назвали “идейными” людьми, или пациентами типа *B* (Гаранян, Холмогорова, 1996). Вспоминаю одного из них, который однажды категорически заявил: “Я понял, что не хочу ничего менять в своих взглядах”.

Многими пациентами, напротив, осознание дисфункциональности и неадекватности собственных убеждений переживается как “освобождение от кошмара”, кошмара власти жестких внутренних требований.

Один из наших пациентов признается, что, осознав неадекватность своего убеждения – “Все надо делать хорошо”, – он сразу увидел солнце над головой. Новое допущение – “Я имею право на ошибку” – позволило ему взяться за дела, которые давно откладывались. Однако при этом сам пациент отмечает: “Я слишком долго жил с этим убеждением, я уже привык так думать, мне потребуется немало времени, чтобы научиться думать иначе”.

Пациент и терапевт совместно работают над вскрытием такого рода глубинных установок. Согласно А.Беку, кооперативность работы важна по трем причинам:

- 1) экономия времени;
- 2) активизация совладающей позиции у пациента;
- 3) самостоятельно выявляя, тестируя и изменяя свои убеждения, пациенты приучаются думать сами за себя.

Наконец, вполне уместно расширить этот перечень за счет цитаты из Платона (Платон, 19, с.321): “...насильственно внедренное в душу знание непрочно”.

Когнитивная терапия структурирована и директивна, но никак не *суггестивна*. Напротив, она руководствуется целью, в соответствии с которой пациент должен приучиться думать за самого себя, а не находиться под влиянием других или даже своего малоосмысленного, никогда не подвергавшегося пересмотру Супер-эго. Функция терапевта – помочь пациенту выявить эти сомнительные установки, оценить их реалистичность и степень конструктивности для его жизни.

Но если терапевт слишком быстро переходит к выявлению наиболее глубинных убеждений пациента, он рискует смутить его и сбить с толку. Пациент может согласиться с терапевтом чисто формально, а то и проникнуться к нему недоверием, потеряв всякий вкус к дальнейшему анализу. *Следует помнить, что внутренние установки, большей частью, не вербализуются пациентом без интенсивной рефлексии и интроспекции.* И, конечно, терапевт не добьется успеха, а, скорее, лишь создаст проблемы в

собственной работе, если спросит напрямик: “Вы говорите себе что-то вроде “Я должен быть всегда на высоте” или “Каждый должен любить меня””?

### **3. От конкретных ситуаций и мыслей через гипотезы – к убеждениям**

Обычно в самом начале пациенты бывают в большей степени готовы к анализу своих автоматических мыслей, нежели убеждений. Кроме того, убеждения абстрактны, и если терапия минует этап анализа конкретных ситуаций и сопутствующих им конкретных мыслей, то существует риск попадания мимо мишени, то есть, например, специфика перфекционизма именно данного пациента так и останется не проявленной, а терапевт, скорее, поделится с пациентом своими спекуляциями по поводу его убеждений. Если же терапевт будет больше слушать и работать вместе с пациентом, то, отражая его глубинные убеждения, он в своих формулировках скорее попадет в цель.

Разумеется, не возбраняется уже с самого начала строить гипотезы относительно убеждений пациента. Информация для них извлекается из того, как человек оценивает свои мысли, и каковы сами эти мысли и мыслительные искажения в различных ситуациях. Но торопиться переходить к анализу внутренних убеждений пациента, в ущерб интереса к его конкретным мыслям в конкретных ситуациях, как уже говорилось, не стоит.

Один из путей помощи пациенту в осознании своих убеждений – последовательное продвижение от специфичного к более общему. В этом процессе А.Бек выделяет три ступени:

- 1) выявление и запись (сообщение своих автоматических мыслей);
- 2) определение генеральных тем на материале автоматических мыслей;
- 3) формулировка (совместно с пациентом) основных правил, касающихся его жизни.

Когда пациент сообщил достаточно большое количество автоматических мыслей, общие темы начинают выявляться сами собой: “Меня нельзя любить”, “Я неадекватен”, “Я беспомощен”.

Приведем небольшой пример из книги А.Бека и его соавторов (*Beck et al.*, 1979). 38-летний инженер сообщает следующие автоматические мысли:

- 1) *все, что я делаю, я делаю некачественно;*
- 2) *я не могу починить велосипед;*
- 3) *я не могу хорошо подстричь траву на газоне;*
- 4) *я не могу сделать разумные закупки;*
- 5) *обои на стене поклеены недостаточно ровно.*

За подобными мыслями, скорее всего, стоят перфекционистские стандарты: кривизны обоев никто, кроме самого пациента, не замечал; при стрижке травы просто сломалась газонокосилка и пр.

Терапевт обобщает такого рода мысли, возводя их в категорию убежденный типа: “Если я в чем-то неуспешен, то я неудачник”, “Если я совершил ошибку, я несостоятелен”, “Выполнять работу с какими-то изъятиями – все равно что ничего не делать, и даже хуже”. Совместно терапевт и пациент решают, насколько эти формулировки соответствуют реальным установкам последнего.

Тип искажений, наиболее характерных для пациента (сверхобобщение, персонализация), также может быть ключом к его глубинным установкам, как и слова, которые он привычно использует в своей речи (так, всякого рода глобализмы и крайности могут очень много сообщить о глубинных установках личности).

*На первой стадии психотерапевтической работы главная задача – не столько корректировать мировоззрение пациента, сколько понять его.* Хотя когнитивная терапия и ориентирована на настоящее, анализ прошлого – семейных ценностей, правил, традиций – также может оказаться чрезвычайно богатым источником информации, под углом зрения постижения глубинных установок пациента.

Еще один ключ к пониманию данных установок – мысли и суждения о других людях. “Мария счастливая: у нее есть муж”. Такое суждение дает ценную информацию о глубинной установке: “Я не могу быть счастлива, пока у меня нет мужа”.

Приведем еще один пример из книги А.Бека с соавторами (*Beck et al., 1979*).

Речь идет о 33-летней женщине с двумя детьми. Ее депрессия началась после развода с мужем, когда она была вынуждена переехать из сельской местности в город, и у детей возникли сложности в адаптации к новым условиям жизни.

Первичная посылка	Пока я хорошая (страдаю ради других, проявляю щедрость, слежу за собой), ничего плохого (развод, проблемы с детьми) со мной не случится.	
Вторичное убеждение	Все плохое в моей жизни и в жизни близких происходит по моей вине (противоречивые представления о себе)	Жизнь несправедлива (поскольку даже когда я стараюсь быть хорошей, меня настигают разные беды). Я этого не заслужила.
Автоматические мысли	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Я виновата, что муж плохо себя вел.</li> <li>2. Я разрушила жизнь моих детей разводом.</li> <li>3. Я никогда не буду снова счастлива.</li> <li>4. Все это потому, что я не хороша.</li> </ol> <p><b>ЧУВСТВО ВИНЫ, ТОСКА, ОТЧАЯНИЕ</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Почему у меня нет мужа?</li> <li>2. Бог испытывает меня несправедливо</li> <li>3. Почему мои дети плохо себя ведут?</li> <li>4. Мой начальник не вправе меня критиковать.</li> </ol> <p><b>ГНЕВ</b></p>

1. На первой стадии лечения пациентка обучалась улавливать свои автоматические мысли.

2. Затем она овладевала способностью отвечать своим автоматическим мыслям.

Далее, по мере лечения, выделялись генеральные темы ее негативных мыслей. Одна из ведущих тем, – *какой она кажется другим*. По убеждению пациентки, она всегда должна была оставаться милой с людьми. Слово “*nice*” в ее речи оказалось одним из наиболее употребляемых, и терапевт попросил объяснить, что она имеет в виду под этим словом. В представлении женщины это означало – выглядеть щедрой, умной и привлекательной.

Другой генеральной темой были *самообвинения*, особенно если в ее жизни происходило что-нибудь плохое. Примером таких “плохих вещей” может выступать развод. Иногда в подобных ситуациях у нее действительно находились некоторые основания для самообвинений. Но и здесь степень персонификации была неадекватна; к тому же самообвинения всегда опережали и замещали собой попытку поиска конструктивного выхода. На-

пример, одного из ее детей преследовали неприятности в школе. Пациентка однозначно связывала это с тем, что она плохая мать. Постоянные самообвинения вели к депрессии.

Наконец, третьей генеральной темой служила тема *несправедливости жизни*. Эта тема выростала из событий и обстоятельств, которыми могли быть осчастливлены другие люди, но которых оказалась лишена она: муж, приятное времяпрепровождение, деньги. Достигая обобщения, мысли в-округ этой житейской конкретики приводили к чувству гнева.

### *Диалог с терапевтом*

*Терапевт:* Ваша автоматическая мысль была: “Мои дети не должны ничего делать вопреки мне и спорить со мной”. А поскольку они делают это, вы начинаете думать: “Я плохая мать”. Почему дети не должны этого делать?

*Пациентка:* Они не должны этого делать потому, что я такая хорошая, добрая с ними.

*Терапевт:* Что Вы имеете в виду?

*Пациентка:* Если я такая добрая и хорошая, то не заслуживаю такого обращения (глаза при этом увлажняются).

*Терапевт:* Кто Вам сказал, что если Вы будете доброй и хорошей, плохие вещи не произойдут?

Пациентка ответила, что ее мать все время внушала ей данную мысль. Она также сказала, что эта идея получала подкрепление в школе, когда учителя говорили ей, что в случае, если она будет хорошо учиться и хорошо себя вести, ее прилежность будет вознаграждена.

Уже в начале терапии психотерапевт обсуждает с пациенткой роль, которую такие установки играют в ее депрессии, и предлагает улавливать, проследивать их работу.

Когда у терапевта возникает обоснованная идея, касающаяся убеждений пациента, А.Бек рекомендует, выбрав подходящий момент, сказать: “Я думал о Вас и мне кажется, что одно из Ваших убеждений такое-то (...) . Запишите его, пожалуйста, и подумайте о нем до следующей сессии. Выпишите также свои мысли по поводу этого убеждения и возможные его варианты”.

## **5. Логическая и эмпирическая проверка убеждений**

Идентификация убеждений пациента – это первый, необходимый и важнейший шаг в их изменении. Как только эти убеждения вербализуются, многие пациенты как бы сразу прозревают, открывая для себя всю их абсурдность и вредность. Неудивительно, что, оставаясь для большинства людей не осознанными, выступая как своего рода *аксиомы*, никогда не

подвергавшиеся проверке и анализу, такого рода убеждения управляют всем их поведением. Они способны сохраняться в неизменном виде долгие годы, так как у пациента всегда имеются в запасе какие-то соображения в их пользу и при этом полностью игнорируются контраргументы.

Приведем типичное депрессивное убеждение: “Неуспех – признак не состоятельности”. Обычно факторы в его пользу бывают очевидны для больного, а вот в поиске соображений *contra* ему необходимо оказывать помощь. В результате поле мнений может приобрести следующий вид:

+	–
<p>1. Мне всегда говорили и в школе, и дома, что двойки – признак лени и глупости.</p> <p>2. У способных удачливых людей сразу все получается.</p> <p>И т.д.</p>	<p>1. Они могли ошибаться, многие способные люди получали “двойки” (например, Эйнштейн), и на то могло быть немало других причин.</p> <p>2. Можно привести примеры неудач у людей, впоследствии реализовавших себя. Умение переносить неуспех – залог движения вперед.</p> <p>3. Неуспехи закономерны в жизни, важно научиться извлекать из них уроки. И т.д.</p>

Обычно другой взгляд, поиск другой возможной точки зрения, готовность поэкспериментировать со своими установками может оказаться полезным для изменения исходной ригидной установки. При этом можно предложить обсудить возможные последствия ее преобразования: “*Что будет, если Вы измените это свое убеждение?*”

Не менее полезно взвесить последствия базовых убеждений для жизни, деятельности, отношений с людьми, эмоционального самочувствия. Например, если совместно с пациентом выписать все последствия установки “*Я всегда должен выглядеть достойно*”, то, по крайней мере, два пункта в списке будут обеспечены:

- 1) *страх в общении с другими людьми;*
- 2) *трудности в установлении близких отношений,* ибо близость предполагает возможность поделиться трудностями, неудачами, иногда пожаловаться и пр.

Совместная с терапевтом проверка степени конструктивности внутренних установок должна протекать в форме вопросов, а также предположений о возможности неких альтернативных подходов, но не в форме информирования, подобно лекции.

Рассмотрим случай, на который ссылается А.Бек (*Beck et al., 1979*).

Пациентка – привлекательная, двадцати с небольшим лет женщина. После того, как полтора года назад ее оставил партнер, она погрузилась в глубокую депрессию, с непрерывными мыслями о том, что она безобразна и неинтересна.

### *Диалог с терапевтом*

*Терапевт:* Кроме Вашего мнения, какие есть еще доказательства в пользу того, что Вы безобразны?

*Пациентка:* Моя сестра всегда так говорила.

*Терапевт:* Она хорошо разбиралась в подобных вещах и всегда была права.

*Пациентка:* Да нет, на самом деле у нее были свои причины говорить мне это. Но настоящее доказательство моей непривлекательности заключается в том, что мужчины не приглашают меня никуда; если бы я была привлекательна, я бы сейчас была на свидании.

*Терапевт:* Это возможная причина, конечно. Но возможно и другое объяснение. Вы говорили мне, что весь день работаете в офисе в одиночестве, а вечера проводите дома. Не похоже, что Вы создаете себе возможность встречаться с мужчинами.

*Пациентка:* Я понимаю, что Вы имеете в виду, и все же, если бы я была привлекательна, мужчины приглашали бы меня.

*Терапевт:* Я предлагаю Вам провести эксперимент. Вы станете социально более активной, перестанете отклонять приглашения на вечеринки и другие общественные мероприятия, и мы посмотрим, что произойдет.

После того, как предложение было принято, и в социальном плане пациентка стала более активной, она познакомилась с мужчиной и начала ходить на свидания. В этом плане ее представление о своей непривлекательности было опровергнуто.

Затем терапия была сконцентрирована на глубинном убеждении молодой женщины, что ценность человека приравнивается к его внешним данным. В конце концов, она изменила и это представление. Она также изменила представление о том, что для того, чтобы быть любимой и привлекать мужчин, надо быть красивой. Эта работа привела к ее базовому убеждению, что она не может быть счастлива в любви, не вправе рассчитывать на внимание со стороны мужчин и не может быть счастлива без мужчины. Заключительная часть работы была сконцентрирована на этой посылке.

*Терапевт:* На чем основано Ваше убеждение, что Вы не можете быть счастливой без мужчины?

*Пациентка:* Меня преследовала депрессия на протяжении полутора лет, пока у меня не было мужчины.

*Терапевт:* Были ли у Вас какие-нибудь другие причины для депрессии?

*Пациентка:* Как мы уже выяснили, я на все смотрела сквозь черные очки. Но все же я и сейчас не уверена, что смогу быть счастлива, если никто не будет интересоваться мною.

*Терапевт:* Я тоже не знаю. Существует ли путь выяснить это?

*Пациентка:* Я могу некоторое время не ходить на свидания, и мы посмотрим, что будет.

*Терапевт:* Думаю, это хорошая идея. Эксперимент – самый хороший способ проверки идей. Сама идея этого эксперимента уже говорит о том, что Вы чувствуете себя способной на это. Первый раз в своей взрослой жизни Вы сознательно решаете попробовать жить без мужчин. Если Вы убедитесь, что можете получать удовольствие от жизни без мужчин, Вы станете намного сильнее, а Ваши будущие отношения с противоположным полом будут счастливее.

После довольно сложного периода пациентка А.Бека убедилась, что ее благополучие не настолько зависит от присутствия другого человека, чтобы впадать в депрессию.

Рассмотрим аналогичный случай из нашей практики.

Пациентка обратилась к нам за помощью по поводу тяжелой затяжной депрессии. Ее основные переживания также были связаны с неустройствами личной жизни. Она пользовалась успехом у мужчин, но никогда не могла сделать выбор, поскольку в каждом партнере видела какой-то изъян. Ее самоуважение, тем не менее, страдало, что объяснялось следующим убеждением: “Если я в 40 лет не вышла замуж, не родила ребенка или хотя бы не сделала карьеру, то, значит, я ни на что не способна, я неудачница”.

+	–
1. У всех моих друзей приличный доход. 2. Все мои подруги, кроме пары таких же неудачниц, как я, замужем.	1. Было много возможностей выйти замуж, и сейчас их хватает, просто очень высокие требования и потребность полюбить самой. 2. Многие люди, оказавшись с низким доходом и неудавшейся карьерой, не считают себя неудачниками; это помогает им не падать духом и искать другие возможности.

Многие межличностные проблемы этой женщины были связаны с жесткими, завышенными требованиями к другим. По этой же причине одной из основных эмоциональных проблем у нее была проблема гнева, который буквально душил ее, заставлял срывать и рвать отношения.

Еще одно аксиоматическое убеждение: “Если я выполняю свои обязательства, то люди обязаны выполнять свои”.

+	–
1. Это справедливо, так должно быть.	1. В жизни могут быть разные обстоятельства, нельзя 100% гарантировать ничего. 2. Мир не устроен по законам справедливости, в жизни возможно всякое, и это не повод для такого сильного гнева.

### **5. Работа с жесткими когнитивными схемами, развитие способности к альтернативному мышлению**

Для больных депрессиями характерна жесткая структура когнитивной схемы. Правила-императивы применяются ко всем без исключения ситуациям. Весь повседневный опыт организуется через эти жесткие структуры. Человек как бы постоянно живет в режиме сравнения того, “что надо и следует делать” и что он реально делает. В процессе подобного сравнения он обычно приходит к выводу о неадекватности своего поведения и себя самого этим идеальным стандартам. Последние формулируются в абсолютистских терминах. Из этого следует, что пациенты всегда и везде, где надо и не надо, оценивают себя на основе установленных правил. Это жизнь в режиме постоянного сравнения и в плане настойчивости, с которой происходит это сравнение, и в плане его частоты: практически любая ситуация становится поводом для оценки и сравнения.

По мнению пациентов, правила предохраняют от неких неприятных событий. “Я должен следовать этим правилам, иначе меня не будут любить”. Нередко они опираются на определенный опыт своей жизни, подкрепляющий эти правила.

Пациенты, одержимые тиранией долженствования, обычно легко уязвимы. Мысли, собранные при выполнении домашних заданий и во время сеансов, перегружены словами “надо”, “следовало бы”, “я должен”.

На самом деле жесткие правила мешают пациенту:

- осознать успех и насладиться им, ибо всегда находятся какие-то несоответствия образцу;
- создать иерархию того, что надо в первую или во вторую очередь, так как все *must* обладают практически одинаковой императивной силой;
- осознать, что он *хотел бы* сделать для самого себя.

Постоянно нагружая себя абстрактными предписаниями в форме “следует”, “должен” и пр., человек становится хронически тревожным, фруст-

рированным, недовольным собой, едва он в чем-то начинает не соответствовать этим командам.

Существуют различные техники для модификации подобных императивов.

В борьбе с навязчивостями успешно применяется бихевиоральная техника *превенции реакции* (от *prevent* – предотвращать). В соответствии с данной техникой, пациента вначале спрашивают, что произойдет, если он не будет следовать своим правилам (“Я должен мыть руки каждые 10 минут, иначе заражусь какой-нибудь инфекцией”). Затем ему предлагается проверить реальность его опасений и эффект отступления от правила экспериментально.

Такого же рода “превенции реакции” с успехом могут быть использованы и с депрессивными больными. Терапевт помогает пациенту сформулировать все его “*musts*” и “*shoulds*” и совместно обсудить, что произойдет, если эти правила не будут выполнены, а затем предложить все это проверить на практике.

Например, молодая мать после рождения ребенка погружается в депрессию: “Я должна постоянно что-то делать, иначе я ничего не буду успевать, и ребенку станет плохо”. Можно предложить ей разрешить себе дневной сон. При этом ребенок становится спокойнее, так как улучшается эмоциональное состояние матери.

Технике “превенции реакции” может предшествовать когнитивная работа. Ключевые вопросы при оценке убеждений:

1. Каковы доказательства достоверности того или иного убеждения?
2. Что самое плохое может произойти, если попробовать от него отступить? Можно ли это – теоретически – пережить? Каков наилучший исход? Каков наиболее вероятный?
3. Каковы последствия этого убеждения?
4. Аргументы “за” и “против”?
5. Что бы Вы посоветовали другу в такой же ситуации?
6. Каков альтернативный взгляд?

Ниже приводится соответствующий пример из книги А.Бека и соавторов (*Beck et al.*, 1979).

Пациент – депрессивный, тревожный, пребывающий в состоянии хронического раздражения, не способный постоять за себя перед своей женой. По поводу отношений с женой было особенно много переживаний. Его спросили, что произойдет, если он скажет своей супруге, что чувствует себя несчастным из-за ее отношения к нему. Он сказал, что она рассердится и наверняка после этого захочет порвать с ним. Одна из его глубинных установок: “Если я хочу, чтобы люди любили меня, я всегда должен быть приятен и удобен для них. Если же попробовать им проти-

востоять, то будешь наказан”. Он глубоко уверен, что это правило касается всех ситуаций.

Вопрос: откуда оно могло родиться?

Пациенту было дано предписание конфронтировать с женой – вначале очень мягко, а затем все более жестко.

Когда он решился на конфронтацию, жена разозлилась на него, и у него сразу мелькнула мысль: “Зря я стал ее критиковать. Я должен был следовать своему правилу и, как всегда, быть мягким”. Затем, когда жена успокоилась, он понял, что ничего ужасного не произошло, но зато кое-что может измениться. Это вдохновило его на больший риск. Опять его жена рассердилась, однако вскоре и она поняла, что отношения с мужем и его психическое состояние во многом зависят от изменений, на которые она должна решиться. И, в конце концов, она пошла на эти изменения.

В итоге подобного развития событий между супругами совместно с пациентом были обсуждены и зафиксированы (записаны) следующие выводы:

- 1) правило “быть постоянно милым” – всего лишь привычка;
- 2) не произошло никакой катастрофы в результате отказа от данного правила;
- 3) выработав более адаптивные правила, пациент может иметь более комфортные и конструктивные отношения с другими людьми.

Как уже упоминалось, обычно за такого рода правилами лежат глубинные убеждения. Для многих пациентов характерно правило не говорить “нет”: *“Если я откажусь кому-то, то человек разочаруется во мне; в конце концов, останусь одна; одна не справлюсь с жизнью”*. В конце концов, обсуждение этого правила выводит на тему беспомощности.

На первой ступени работы бывает плодотворной экспериментальная проверка базисных убеждений.

*“Если я скажу “нет”, то отношения испортятся”*.

1. Логическая проверка: негативные последствия безотказности (например, портятся отношения, так как начинают избегать общения, и т.д.). Следует обсудить также позитивные изменения, которые произойдут, если он позволит себе говорить “нет”.

2. Экспериментальная проверка: попробовать кому-нибудь отказать в неудобной или неприятной для себя просьбе, предварительно обсудив форму отказа.

3. Фиксация преимуществ (+) того, что стал говорить “нет”. Обсуждение платы за это, или (–).

Агрессивное поведение часто связано с противоположным убеждением: *“Если я не буду жестко давать отпор, люди сядут мне на шею, будут*

эксплуатировать меня и манипулировать мной”. Здесь подходит та же модель работы.

## **6. Разрыв порочного круга убеждений и поведения**

Депрессогенные установки работают как самоподтверждающиеся конструкты. Если пациент уверен, что нельзя быть счастливым без признания со стороны других или успешной карьеры, он, скорее всего, и будет чувствовать себя несчастным, если не достигнет того и другого. Терапевт может помочь пациенту осознать этот порочный круг, показав, что его установки действуют как самореализующиеся пророчества, провоцирующие возникновение именно тех обстоятельств, которых человек с помощью своих убеждений стремится избежать.

Одна из наших пациенток никак не могла поступить в институт, хотя неспособной к учебе никогда не считалась. С этой проблемой она обратилась за помощью в консультацию. Ее главные убеждения:

1. “Я должна правильно выбрать профессию, чтобы быть счастливой”.
2. “Если при выборе я совершу ошибку, то это будет непоправимо”.

Много лет пациентка не может решить, куда поступать, и, в конце концов, вообще перестала что-либо предпринимать. Пытается понять себя, сидя дома. Так и не может выбрать профессию. И действительно несчастлива.

Следующий пример А.Бека показывает, как психотерапевт вскрывает самосбывающуюся силу подобных установок.

### *Диалог с терапевтом*

*Пациентка:* Не быть любимым автоматически означает не быть счастливым.

*Терапевт:* Но “не быть любимым” не означает вообще никакого события. Как это может привести к чему-то?

*Пациентка:* Я просто не верю, что кто-либо может быть счастлив, не чувствуя себя любимым.

*Терапевт:* Это Ваше убеждение, и именно это убеждение диктует Ваши эмоциональные реакции.

*Пациентка:* Я не понимаю этого.

*Терапевт:* Если Вы верите во что-то, то Вы ведете себя так, как будто это действительно правда, независимо от того, так ли это на самом деле.

*Пациентка:* Вы хотите сказать, что если я верю, что нельзя быть счастливой без любви, то именно эта вера делает меня несчастливой.

*Терапевт:* Да, и когда Вы чувствуете себя несчастной, Вы наверняка говорите себе: “Смотри, это правда, без любви я приговорена чувствовать себя несчастной”.

(Чаще всего подобные установки и переживания обнаруживаются у женщин. Согласно нашим культуральным представлениям, смысл женской жизни заключается, прежде всего, в любви и в детях. У мужчин чаще можно услышать: “Если я не сделал карьеру, то...”.)

*Пациентка:* Но как же мне выпутаться из этой ловушки?

*Терапевт:* Вы могли бы поэкспериментировать с Вашим убеждением. Попробуйте представить себя без мужчин, но при этом отнюдь не несчастной. Например, Вы на каком-то экзотическом острове – море, фрукты; Вас окружают добрые, хорошие люди, но никто из них в Вас не влюблен. Как Вы можете чувствовать себя?

*Пациентка:* Довольно уютно.

### **7. Связывать иррациональные убеждения со специфическими искажениями логики**

*“Если у меня не ловится рыба, а в это время кто-то прошел мимо, то в этом виноват он”.*

<i>Искажения</i>	<i>Убеждения</i>	<i>Интервенция</i>
1. Сверх-обобщение	Если что-то правильно в одном случае, то распространяется на все случаи, хоть сколько-нибудь похожие.	Вскрытие ошибочной логики. Критерии сходства: насколько это то же самое?
2. Селективное абстрагирование	Для самооценивания важны лишь неудачи; успехи – не связаны со мной.	Попытаться вскрыть успехи и изменить их атрибуцию.  Техника реатрибуции.
3. Сверхответственность	Я отвечаю за всё – за все неудачи, за всё плохое в жизни моей и моих близких.	Вскрыть ошибочную логику. Специфицировать факторы прошлого и настоящего
4. Произвольные умозаключения	Это было правдой в прошлом, значит, будет правдой и в настоящем.	Другой взгляд на ситуацию: что еще может быть в центре внимания людей  Другие варианты, более реалистичные. Доказательства того, что вероятность худшего очень низка.
5. Персонафикация	Я в центре внимания, когда что-то происходит, особенно если я	Обучение способу оценки, со-

6. Катастрофизация	что-то делаю не так. Я причина неудач. Всегда думать о худшем из того, что может случиться, и относить это к себе.	образуясь с континуумом.
7. Дихотомическое мышление	Черно-белое. Или я 100% успешен, или 100% неудачник.	

### 8. Составление листа преимуществ и негативных последствий каждого дисфункционального убеждения

Еще один пример из А.Бека. Императивная установка:

*“Никогда не делать ошибок и не проявлять слабость”.*

+	–
<p>1. Это помогает мне все делать хорошо.</p> <p>2. Я хорошо учился в школе благодаря этой установке.</p> <p>3. Поскольку я многое избегаю, я избегаю и возможных неприятностей.</p>	<p>1. Без этого я смог бы начать делать многие новые вещи, которых я сейчас избегаю потому, что может не сразу получиться;</p> <p>2. Если бы я был более открытым, у меня было бы больше близких людей;</p> <p>3. Я бы меньше нервничал в ситуациях, когда есть риск совершить ошибку, и не давал бы таких депрессивных реакций, когда ее совершаю.</p> <p>4. Я бы мог спокойно относиться к своему несовершенству и не быть хронически недовольным собой.</p>

#### *Диалог с терапевтом (обсуждение преимуществ исходного тезиса)*

*Пациент:* Эта установка помогает в текущей работе, но вот что касается карьеры и будущего в большом временном срезе... На самом деле она толкает меня назад. Я перестраховываюсь все время. Я чувствую, что мог бы заниматься и более квалифицированной работой, но боюсь рискнуть. Если бы у меня был кураж, я бы мог пойти дальше.

*Терапевт:* Страх делать ошибки часто заставляет людей упускать шанс.

*Пациент:* У меня, тем не менее, самый высокий рейтинг на работе. Я делаю намного больше, чем от меня фактически требуется.

*Терапевт:* Есть страх, что это может измениться?

*Пациент:* Да, каждый вечер я беру домой работу. Я работаю в выходные.

*Терапевт:* Иногда помогает перевернуть установку на прямо противоположную – “Я должен быть всегда на высоте” на: “Я не должен быть всегда совершенным”. Как Вы думаете, что лучше – плохо ходить на лыжах или учиться ходьбе, сближаться с людьми, совершая ошибки, или совсем не общаться?

*Пациент:* Думаю, что лучше уж ошибаться, чем вообще даже не пытаться этого делать.

*Терапевт:* Поймите, когда Вы избегаете проблем, Вы создаете новые. ***Психическое здоровье связано с умением рисковать и признавать свои ошибки. Существуют ли пути избежать всех проблем?***

*Пациент:* Наверное, нет.

Хотя техника (+) и (–) аргументов кажется весьма простой, это один из самых эффективных методов для изменения глубинных посылок. Поскольку мышление депрессивного больного обычно стиснуто рамками его долженствований, эта процедура позволяет расширить границы его мышления и поэкспериментировать с другими взглядами на ту же проблему.

Пациент поощряется к тому, чтобы проверять свои убеждения в повседневном опыте. Внутренняя готовность к этому возрастает, если 1) рассматривать свои убеждения всего лишь как гипотезы; 2) пробовать действовать вопреки своим особо настойчивым убеждениям..

Действовать вопреки убеждениям и проверять последствия этого – наиболее эффективный путь их изменения. Терапевт предполагает, что пациент, который боится сделать ошибку, попросту избегает ситуаций, где высока вероятность совершить ошибку. И прежде всего он избегает ситуаций общения.

## **9. Поощрение к конфронтации с убеждениями – на уровне логики и поведения**

*Такая конфронтация – больше чем просто внутренний диалог. Она предполагает определенные усилия, подобные тем, когда вы совершаете какое-то действие, кажущееся вам неприемлемым или опасным, и, совершив его, убеждаетесь, что ничего плохого не происходит, а затем принуждаете себя сделать это снова и снова. “Выбирать развитие и рост вместо страха по дюжине раз на дню значит – дюжину раз в день делать шаги по направлению к самоактуализации” (Maslow, 1971). Обычно пациенты отчаянно сопротивляются любым действиям, идущим в разрез с их установками, и очень важно замотивировать пациента к подобным поступкам. Важно помочь ему заставить себя преодолеть дискомфорт, связанный с необходимостью действовать вопреки отработанным годами правилам.*

Пример из А.Бека.

### *Диалог с терапевтом*

*Терапевт:* Вы можете каждый день делать что-то такое, что, скорее всего, не заслужит одобрения, то есть действовать против установки быть все время одобряемым.

*Пациент:* Я пытаюсь говорить это себе, но у меня не получается.

*Терапевт:* Надо мобилизовать себя. Сказать себе что-то вроде: “Я умру, но сделаю это”.

*Пациент:* Мне при этом становится как-то тревожно.

*Терапевт:* Это потому, что Вы так долго жили, сообразуясь с правилом, и вот такое поведение стало частью Вас. Тревога не убьет Вас, тревога – это как слабость мускулов. Если Вы перестанете обращать на нее внимание и будете продолжать практиковать свою толерантность, то, в конце концов, почувствуете вкус к этому.

Согласно нашему опыту очень эффективно, например, предложить больному с социальной фобией спрашивать у прохожих на улицах, который час, или в магазине обращаться к людям с разными просьбами.

Далее А. Бек рекомендует: надо прислушиваться к голосу, который шепчет Вам: “Это неподходящий момент... Есть такие-то и такие-то причины, чтобы не делать этого”. Необходимо игнорировать этот голос и действовать вопреки ему. Вначале будет не по себе, потому что это непривычный для Вас способ действия, но постепенно это ощущение странности пройдет, и действовать станет легче.

Согласно А.Беку, тренировка пациента в поиске контраргументов сводится к искусству задавания вопросов.

*Пациент:* Все же я думаю, что если человек не озабочен тем, что другие о нем думают, он не сможет многого достичь и в социальном плане будет неудачником.

*Терапевт:* Назовите двух людей, которых Вы уважаете больше всего (знает из прежних разговоров).

*Пациент:* Мой лучший друг и мой босс.

*Терапевт:* Они очень озабочены мнением других?

*Пациент:* Нет, совсем не озабочены.

*Терапевт:* Они социально малоэффективны?

*Пациент:* Я вижу, к чему Вы клоните. Босс имеет прекрасные социальные навыки и... социально компетентен.

Приведем пример из собственной практики.

*Пациент:* Единственный путь счастья для меня – это стать большим писателем.

*Терапевт:* Какого уровня Вам хотелось бы достичь?

*Пациент:* Ну, как этот писатель.

*Терапевт:* И он был очень счастлив?

*Пациент:* Нет, он убил себя.

### **10. Конфронтация с убеждениями относительно собственной ценности и повышение самооценки**

Проблема самооценки – одна из центральных при депрессиях. Многие депрессивные пациенты убеждены, что источник их ценности находится вовне. Удовлетворенность или неудовлетворенность собственной жизнью связывается с внешними факторами, например, с тем, уважаемы ли они другими и насколько высоко те оценивают их.

Терапевт может обсудить с пациентом последствия такой установки в терминах *самоуважения*. Воспринимая взгляд других на него в качестве мерила собственной ценности, человек ставит себя в заведомо невыгодную и приниженную позицию.

Одна из особенно уязвимых позиций – “*Я должен быть любимым и одобряемым, чтобы чувствовать себя счастливым*”. В подобных случаях, когда ощущение собственной ценности и счастья питается только оценкой извне, терапевт может спросить, чувствовал ли пациент когда-нибудь себя счастливым, не имея любовных отношений. Как правило, почти у всех людей есть опыт, когда они чувствовали себя прекрасно с самими собой. Важно вместе выявить, какие еще источники удовлетворения существуют или могут обнаружиться в жизни пациента. И напротив, столь же важно увидеть, что состояние счастья неустойчиво и может сильно колебаться в тех же любовных отношениях.

Пример А. Бека.

Пациент – молодой человек, отвергнутый девушкой.

#### ***Диалог с терапевтом***

*Пациент:* Любой будет чувствовать себя депрессивным, будучи отвергнутым тем, кого он любит.

*Терапевт:* Никто не может быть унижен, пока он сам не решил, что кто-то допустил это по отношению к нему. “Если она меня любит, я хорош – если нет, я ничего не стою”. Если человек *сам* уважает и ценит себя, он не будет депрессивным из-за того, что кто-то не захотел продолжать с ним отношения.

*Пациент:* Но она же отвергла меня!

*Терапевт:* Никто не может отвергнуть Вас тотально, как личность, она просто решила не встречаться с Вами как с любимым мужчиной.

*Пациент:* Но если бы я был действительно хорош, она бы осталась со мной.

*Терапевт:* Это дело выбора и вкуса. Кто-то любит “кадиллак”, а кто-то “фольксваген”. Кто-то – классическую музыку, кто-то – современную. Но это не означает, что та музыка или эта музыка плоха.

*Пациент:* Все же я думаю, что сделал что-то не так.

*Терапевт:* Это возможно. Но есть ли другие способы взглянуть на ситуацию, кроме того, что выбрали Вы: “Она меня оставила – значит, я плох”?

В подобных случаях можно рекомендовать перечислить свои достоинства и выписать их. Следует подчеркнуть, что оценивать надо поступки, *но не человека в целом*. Можно быть более успешным в одной роли и менее успешным в другой.

Внешние критерии оценки приводят к самоунижению. Всегда есть кто-то, кто может быть оценен выше и достиг большего в плане карьеры, денег и пр.

Депрессивный пациент склонен сравнивать себя с самыми успешными и талантливыми людьми, постоянно делая вывод не в свою пользу. Так, один из наших пациентов не мог смотреть фильмы великих режиссеров, он не только не получал удовольствия от этих картин, но, напротив, ощущал себя глубоко несчастным. Его мучила мысль: “Я никогда не смогу создать ничего подобного, я ничтожество”. Здесь целесообразно обсудить последствия таких постоянных сравнений, которые, как правило, приводят человека к хроническому недовольству собой и вызывают блокаду всякой продуктивной деятельности, а в конечном счете становятся причиной депрессии.

Следует также обратить внимание на характер мышления таких людей, признающих только черно-белые краски (“или гений – или ничтожество”), что также блокирует саму идею развития и личностного роста.

А.Бек приводит пример пациента с убеждением: “Я должен быть на высоте (иметь много денег), чтобы быть счастливым”.

*Терапевт:* Сколько денег Вам нужно, чтобы быть счастливым?

*Пациент:* Я не знаю. Больше, чем я сейчас имею.

*Терапевт:* Было ли время, когда Вам хотелось иметь столько денег, сколько Вы имеете сейчас?

*Пациент:* Думаю, да.

*Терапевт:* Успех, достижения, деньги – все это не имеет конца. Это не картина, которую можно завершить, и не обед, который можно приготовить.

*Пациент:* Но я думаю, если бы у меня было очень много денег, я был бы доволен.

*Терапевт:* Это действительно реальная потребность? Если Вам кажется, что Вы нуждаетесь в чем-то, что на самом деле Вам не столь уж необходимо, то так ведь Вы никогда не остановитесь.

В заключение приведем схему основных шагов в работе с убеждениями в когнитивной психотерапии А.Бека (*Холмогорова, Гаранян, 2000*).

Шаги в работе. Ключевые вопросы	Техники и приемы
<p>1. Выявление и фиксация. Ключевой вопрос: “Что эта ситуация для Вас значит?”</p>	<p>1. Совместное с клиентом заполнение диаграмм на основе анализа дневниковых записей и маркировка общих тем. 2. Техника “пущенной вниз стрелы” – выявление обобщенного смысла автоматических мыслей и поведения. 3. Обучение последующей маркировке реакций в соответствии с этим убеждением. 4. Составление списка собственных дисфункциональных убеждений. 5. Оживление детских воспоминаний.</p>
<p>2. Оценка убеждений. Ключевые вопросы: Каковы доказательства? (Аргументы “за” и “против”). Существует ли альтернативный взгляд? Есть ли у Вас друзья, живущие вопреки этому убеждению, и что Вы можете про них сказать? (примеры из жизни других людей)</p>	<p>Техника проверки убеждения как гипотезы: 1. Эмпирическая проверка через предупреждение реакции, принцип “делай то, что трудно” с последующим анализом. Анализ жизненного опыта других людей. 2. Логическая проверка – анализ последствий убеждения для жизни, отыскание “за” и “против” этого убеждения, сократический диалог, вскрытие источников в детстве и оценка относительно настоящего, вскрытие порочного круга самосбывающегося пророчества.</p>
<p>3. Изменение через конфронтацию. Ключевые вопросы: Каковы последствия моей убежденности? Что произойдет, если я изменю свое видение?</p>	<p>1. Действие вопреки убеждению и фиксация выводов. Целенаправленная выработка альтернативных убеждений. 2. Целенаправленный подбор фактов под новые адаптивные – выписывание на соответствующем листе. 3. Овладение навыками совладающего диалога – техники up dog, обмена ролями с ведущим. 4. 9-шаговый рефрейминг – выявление и модификация убеждений с помощью воображения.</p>

## ЛИТЕРАТУРА

- Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия тревожно-депрессивных расстройств // МПЖ, 1996, № 3, с.112-140.
- Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Когнитивно-бихевиоральная терапия // Современная психотерапия, 2000, с.225-267.
- Beck A. T., Rush A.J., Shan B.W., Emery G. *Cognitive Therapy of depression*, 1979, ch.12, pp.244-271, Guilford, New-York.