

НАУЧПОП PSYCHOLOGY



Д. ФРОЛОВ

ПСИХОТЕРАПИЯ И С ЧЕМ ЕЕ ЕДЯТ?

психотерапия – это научно обоснованные
и ясные теория и практика совместной
работы клиента и психотерапевта, а не
волшебное воздействие на клиента



Научпоп-Psychology

Дмитрий Фролов

Психотерапия, и с чем ее едят?

«АСТ»

2019

УДК 159.972
ББК 88.37

Фролов Д. И.

Психотерапия, и с чем ее едят? / Д. И. Фролов — «АСТ»,
2019 — (Научпоп-Psychology)

ISBN 978-5-17-109475-1

Мы не замечаем, насколько во все сферы жизни человека проникла психология, и насколько важна психотерапия как ее часть каждый день для каждого из нас. Человек на протяжении всей своей жизни пытается найти ее смысл. При этом, что удивительно, не отдает себе отчет, почему поступает так или иначе, и почему говорит именно это, почему испытывает именно эти эмоции. А в этом и кроется смысл – по сути, человек не знает, кто он, как устроен его внутренний мир и что делать с теми душевными ранами, что до сих пор болят. Только поняв себя и приняв, ответив себе на все «риторические вопросы», можно обрести тот самый смысл. «Психотерапия и с чем ее едят?» – книга для всех, кто хочет понять, что же это такое – психотерапия, почему не нужно бояться этого слова. Ведь поход к психотерапевту не означает, что вы больны, это лишь значит, что вы готовы работать над собой, чтобы стать лучше, а главное – счастливее.

УДК 159.972
ББК 88.37

ISBN 978-5-17-109475-1

© Фролов Д. И., 2019
© АСТ, 2019

Содержание

• Введение	6
• Глава первая	8
• Глава вторая	14
• Глава третья	25
• Глава четвертая	28
• Глава пятая	36
Конец ознакомительного фрагмента.	37

Дмитрий Игоревич Фролов

Психотерапия, и с чем ее едят?

Серия «Научпоп psychology»

© Д. И. Фролов, текст ООО «Издательство АСТ»

* * *

*Посвящается моей невесте Ирине и нашим бесконечным беседам,
моим братьям Григорию и Даниилу, а также памяти моих
преждевременно ушедших родителей, Игоря и Татьяны.*

Я хочу выразить благодарность Центру Когнитивной Терапии и его директору Якову Кочеткову, клинике Mental Health Center и особенно Марии Гантман, Дмитрию Пушкареву и Амине Назаралиевой за вдохновляющий пример этичности и научной обоснованности в работе. Эти люди и организации не несут ответственности за содержание книги и возможные ошибки в ней.

• Введение

Эта книга для тех, кто хочет получить представление о психотерапии, психологии и психиатрии. Я осветил наиболее острые и спорные проблемы этой сферы, которые наблюдаю в практике, общении с коллегами, в публикациях, книгах и на конференциях. Это попытка честно взглянуть на профессию психиатра и психотерапевта.

Как писал Жан Ипполит, учитель легендарного исследователя безумия Мишеля Фуко: «Я придерживаюсь идеи, что изучение безумия – отчуждения в глубоком смысле этого слова – находится в центре антропологии, в центре изучения человека». То, что мы называем ненормальностью и безумием – крайняя форма тех же явлений, которые присущи нам всем в повседневной жизни. **Поняв безумие, мы сможем понять себя.**

Но мы все еще не знаем точных причин большинства расстройств и психологических проблем, однозначных механизмов их развития, часто нет настолько эффективных методов лечения, насколько нам того бы хотелось. Пусть мы не знаем всего и не всегда можем полностью помочь, но почти всегда можно улучшить жизнь человека с помощью психотерапии и психиатрии. Часто значительно, порой умеренно. Я думаю, что каждый должен знать об этих возможностях.

Но также мы должны помнить об ограничениях и слабостях этих наук, о темном прошлом психиатрии, ее зыбком настоящем и неясном будущем, о сложностях развития психотерапии и психологии.

Все мы имеем некоторое представление о мире, себе и других, осознанное или не очень, и прикладываем его к действительности. Эта представление и есть наше сознание. Его можно сравнить с картой. Мир, который включает и нас, чрезвычайно сложен. Мы в полной мере неспособны его воспринимать. Мы бы просто сошли с ума, если получили всю информацию о нем. Наш мозг биологически не приспособлен к этому. Поэтому, конечно, он упрощает поступающую информацию. Это упрощение и есть наша психическая реальность.

Карта города и сам город – совсем не одно и то же. Ни одна карта не сможет передать запах скошенной травы, шум мотоциклов и шелест листьев под ногами. То, как мы воспринимаем мир – это вероятнее всего лишь схема реального мира. Без нее мы бы просто не смогли функционировать и его преобразовывать.

Часто мы воспринимаем обычно наши мысли и чувства как абсолютно верное отражение реальности. Это может помешать нам достигать своих целей и реализовывать ценности, так как мы можем воспринимать мир искаженно.

Еще Людвиг Витгенштейн, культовый философ XX века, повлиявший на развитие психотерапии, в «Логико-философском трактате». (1921 г.), писал: «Действительность, взятая в ее совокупности, есть мир... Мы создаем для себя образы фактов... Образ есть модель действительности». Позднее Альфред Коржибски, основатель общей семантики, науки о том, как человек создает эти образы действительности, развил в 1931 году эту идею в ставшей крылатой фразе «Карта не есть территория».

Очень точно эта метафора объяснена Грегори Бейтсоном в эссе «Форма, вещество и различие» (1970 г.): «Мы говорим, что карта отлична от территории. Но что такое территория? ...некто пошёл с сетчаткой глаза и измерительной палочкой и сформулировал репрезентации, которые затем поместил на бумагу. То, что на бумажной карте, это репрезентация того, что было в репрезентации сетчатки человека, создавшего карту. И если продвинуться дальше, всё, что обнаружишь, так это бесконечный регресс, бесконечная серия карт. До территории никогда не доходит... Процесс репрезентации всегда отфильтровывает её, так что ментальный мир есть лишь карта карт без конца».

Если бы сложенная посуда в раковине воспринималась нами как совокупность атомов и молекул, то мы бы не начали ее мыть. Но видя это совокупность молекул как сложенные чашки, ложки и сковородки, мы теряем часть информации, конечно, но это позволяет нам преобразовывать действительность.

От качественной карты требуется, чтобы она более-менее пропорционально отражала окружающее, обновлялась, была из прочного материала и компактная. Помимо карты мира, нам нужна карта самой психики. Чтобы создать эту карту, нужны не только головной мозг, но еще знания и критическое мышление.

За тысячелетия развития человечество накопило множество сведений о психике. Психиатрия, психология и психотерапия попытались более-менее удачно подойти к этому с научной точки зрения, которая включает в себя не только исследования нейрофизиологии и биохимии мозга, не только эмпирические исследования психологических процессов, но и методы гуманитарных наук. Я хочу предложить некоторые из этих знаний, чтобы вы могли уточнить свою карту. Но также я рассматриваю истоки и особенности психиатрии и психотерапии критически, давая возможность увидеть, как эта карта сформировалась.

Это пособие для общего ознакомления в этой теме и самопомощи. Где-то я неточен, упрощаю или даже ошибаюсь, а в каких-то вопросах нет однозначного ответа. В рассуждении о психотерапии и психиатрии невозможно быть полностью объективным. У меня есть определенная позиция, которая влияет на мое изложение предмета. Больше внимание я уделю практике самопомощи, основанной на когнитивно-поведенческой психотерапии, социальным, политическим и философским аспектам психиатрии и психотерапии. Эти темы актуальны и о них не так много написано на русском языке.

● Глава первая

Психолог – про прошлое, коуч – про настоящее, а психиатр про голоса и таблетки. Или чем заняться психотерапевту?

Очень легко запутаться в перечне помогающих профессий в сфере психического здоровья. В большинстве статей и книг этот вопрос очень упрощают и искажают. Обычно таким образом. Якобы психиатры лечат только людей с тяжелыми психическими расстройствами и только лекарствами, психологи консультируют клиентов с личностными проблемами, а коучи помогают здоровым людям решить конкретные вопросы в жизни и бизнесе. То есть будто бы есть некое разделение труда и иерархия в этой сфере. Но так это – только при поверхностном взгляде.

На самом деле все эти специалисты могут работать с одной и той же проблемой и с одним человеком.

Возьмем в качестве примера Максима. Ему 30 лет. Он менеджер в одной из крупных компаний. Несмотря на его частые опоздания, несколько неряшливый вид его ценят за юмор и креативность. Но из-за его невнимательности он тратит деньги нерационально, упускает возможности карьерного роста. Максим начинает переживать из-за этого и испытывать тревогу и подавленность. Он часто отвлекается. Из-за этого его друзья и его девушка на него обижаются. В детстве его дразнили за рассеянность. Он мог заблудиться в школе или прослушать слова учителя. А потом обвинял себя за это. Родители называли его «растяпа». Еще иногда он совершает импульсивные поступки. Может, например, потратить половину зарплаты на книги, которые некуда сложить и читать некогда.

Как-то в компании коучи проводили тренинг с целью повысить продуктивность работы сотрудников. Максим решил обратиться к одному из них за помощью. **Обращение к психиатру или психологу он даже не рассматривал: «Я же не шизофреник».** Психотерапевты в его глазах мало отличались от психиатров. Психоанализ ему показался слишком странным, судя по фильмам. Платить деньги за «выговориться», он не собирался.

Максим пришла на встречу к коучу. Обратите внимание. У коучей обычно не консультация, не сеанс и даже не сессия. А именно встреча. Так Максим стала коучи. Не коучем, а коучИ! Так называют клиента коуча.

Интересно, что раньше они с Максимом несколько раз общались неформально, даже ходили на свидание. Считается, что это не мешает процессу коучинга. Иногда они встречались в парке и кафе для работы.

Мария оказалась очень продвинутым коучем. Есть мнение, что коучи малообразованные люди. Ведь требования к их подготовке не общеприняты и не очень строги. Но у Марии было базовое психологическое образование, а потом она прошла несколько семинаров по когнитивно-поведенческому коучингу. В коучинге много направлений, но Мария выбрала именно это как наиболее научно-обоснованное. Они смогли разработать цели. Они обозначили проблемы: неудовлетворенность финансовым положением и опоздания на работу. Затем сформулировали цели: увеличить частоту прихода на работу вовремя на 50 % через месяц, увеличить доход на 25 % через 3 месяца и сократить расходы на 15 % к тому же времени.

После нескольких встреч, Максим смог достичь этих целей. Он стал меньше тревожиться и испытывать подавленность, но по-прежнему мог быть слишком невнимателен. Мария поняла, что проблемы можно решить не только коучингом, что его недостаточно. Когда их рабочие отношения укрепились, Мария предложила Максиму обратиться к психиатру. Она

объяснила это тем, что возможно есть нейробиологические особенности, которые ему мешают. Это было неожиданностью для него. Набравшись смелости, он вошел в кабинет психиатра, которого нашел в интернете.

Этот врач закончил медицинский ВУЗ. Затем прошел интернатуру по психиатрии. Максиму назначили небольшую дозу антипсихотиков (нейролептиков), лекарств блокирующих дофаминовые рецепторы в головном мозге. Он начал их принимать. Внимательности не прибавилось, но появилась сонливость и вялость. Максим стал спрашивать, какой диагноз ему поставил врач и почему назначил эти лекарства. Психиатр отвечал уклончиво, ничего толком не объяснив. Но Максим случайно увидел в медкарте свой диагноз – вялотекущая шизофрения.

Затем он узнал, что в развитых странах такого диагноза нет. Не потому, что там нет людей с такими симптомами, а просто им ставят другие диагнозы или не ставят вообще. **Оказывается, что в России существуют так называемая «отечественная школа» психиатрии.** Она опирается на идеи Андрея Снежневского (1904–1987 гг.), культовой фигуры для российской психиатрии и воплощения карательной психиатрии для всего остального мира.

Сделаем отступление, чтобы выяснить, как ставится диагноз в современной психиатрии сейчас и как это было раньше.

Например, пациентка с навязчивыми мыслями и действиями (*«вдруг я брошусь под поезд метро», «вдруг я сойду с ума»*), размышления о том, как человек говорит, навязчивое подбирание бумажки, если упала) и тревогой, избеганием поездок в метро, усталостью, отсутствием работы и учебы, редкими «окликами» (слуховыми галлюцинациями, называющими ее имя) так рассматривается Снежневским в его «Лекциях по общей психопатологии» 60-х годов:

«Как вы видите, здесь явления навязчивости довольно разнообразны. У этой больной обнаруживаются не только явления навязчивости, но и оклики и изменения личности, характерные для шизофрении. Но, сейчас рассмотрим только явления навязчивости. Какие же явления навязчивости обнаруживаются у больной? Во-первых, у нее отвлеченная навязчивость; она, помимо своей воли, должна размышлять над проблемой, почему человек говорит, каков механизм этого акта, т. е. она охвачена бесплодным мудрствованием, понимает бессмысленность этого, но тем не менее избавиться от мудрствования не может. Наряду с этим у больной обнаруживается навязчивое влечение броситься под колеса, она боится, что уже наступит слабость сознания, и она реализует это влечение помимо воли. Далее, у больной обнаруживается страх – также характера навязчивости – сойти с ума, поэтому она далеко от дома не уходит, одна в комнате не остается, мать вынуждена была оставить работу, чтобы постоянно быть с ней. Кроме того, у нее еще и навязчивое действие: оглядываться и подбирать с пола бумажки. По-видимому, эта навязчивость ритуального значения. У больной, как видите, имеется полиморфная навязчивость. Это чаще всего наблюдается при инициальной и вялотекущей шизофрении».

Перед этим профессор выясняет у пациентки, как ее лечили:

– Что помогает?

– Не знаю. Два раза лечили инсулином. Однажды делали электрошоком. Аминазин сейчас делают, но, мне кажется, что аминазин обостряет состояние. Уже месяц таблетки дают, уколы делают и ничего... Я еще не сказала, что оклики есть, как будто называют по имени... Я все время оглядываюсь, что лежит... Если лежит бумажка, должна ее поднять...

– И избавиться от этого тоже не можете?

– Да... Но сейчас немного легче...

С точки зрения Снежневского шизофрения может иметь мягкие формы, например, «вялотекущую». В современной психиатрии, отражением которой является американская классификация DSM-5, у шизофрении достаточно строгие критерии:

• **Бред – идеи, не соответствующие действительности, не объяснимые культурным или религиозным контекстом**, в которых пациент абсолютно убежден и не критичен к ним. Например, пациент убежден, что он – генерал КГБ, а мы знаем, что это не так. Или пациент утверждает, что его преследует ФБР, в сговоре с соседями и коллегами.

• **Галлюцинации** – восприятие объекта, в его отсутствие. При шизофрении они обычно бывают слуховыми. Пациент слышит голоса, которые ему угрожают или комментируют его действия.

• **Неорганизованная речь** – бессвязная и лишенная на первый взгляд смысла речь: «В Питсбурге были бургеры, а в Питере холод, Москва, а потом жар».

• **Грубо дезорганизованное или кататоническое поведение**: непредсказуемые и лишенные логики поступки. Пациент может внезапно встать, лечь, раскачиваться на одном месте и брать предметы, которые не использует.

• **Негативные симптомы**: бедность мимики, утрата интереса к окружающему, апатия и снижение мотивации.

Недостаточно одного симптома для постановки диагноза. Нужно, чтобы выполнялось как минимум два критерия. При этом один из них должен быть из первых трех: бред, галлюцинации или дезорганизованная речь. Они должны наблюдаться не меньше месяца, а хотя бы некоторые симптомы должны быть не менее полугода. При этом должно наблюдаться нарушение социальной или профессиональной продуктивности. И, пожалуй, что наиболее важно – это диагноз исключения. В первую очередь надо понять, что эти симптомы не связаны с другими психическими расстройствами и соматическими («физическими») заболеваниями. Вот когда мы исключим другие причины, тогда можно поставить такой диагноз.

Эта пациентка не подпадает под современные критерии шизофрении. Галлюцинации слишком незначительны. Галлюцинации встречаются и у здоровых людей. По данным исследования, опубликованного в 2010 году, 10–15 % населения слышат «голоса», но при этом подавляющее большинство этих людей не имеет психических расстройств и нормально функционирует¹. Если бы это были комментирующие или угрожающие голоса, то тогда это можно было бы рассматривать как возможный симптом шизофрении. Бредовых идей нет. У нее есть навязчивые мысли (обсессии) и навязчивые действия (компульсии), которые ей мешают. Ее усталость и трудности в деятельности могут быть более просто объяснены изнуряющей борьбой с навязчивостями и побочными эффектами лечения.

Мы не видим дезорганизованной речи и поведения. Неэффективность аминазина, одного из антипсихотиков, используемых при лечении шизофрении, тоже заставляют сомневаться в шизофрении. Впрочем, он обладает низкой эффективностью.

Может быть есть более подходящий диагноз для этой женщины?

Навязчивые мысли и действия наиболее характерны для обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Наряду с DSM, в современной психиатрии используется Международная Классификация Болезней 10 пересмотра (МКБ-10). В России она официально утверждена для использования. Есть некоторые сходства и различия между ней и DSM, но, в общем, они схожи. Попробуем посмотреть, подходит ли пациентка под критерии ОКР для МКБ-10.

«Для точного диагноза, обсессивные симптомы или компульсивные действия, либо и те и другие должны иметь место наибольшее количество дней за период по крайней мере две недели подряд и быть источником дистресса и нарушения активности.

Обсессивные симптомы должны иметь следующие характеристики:

а) они должны быть расценены как собственные мысли или импульсы больного;

б) должны быть по крайней мере одна мысль или действие, которым больной безуспешно сопротивляется, даже если наличествуют другие, которым больной более не сопротивляется;

¹ <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2879692/>

в) мысль о выполнении действия не должна быть сама по себе приятна (простое уменьшение напряженности или тревоги не считается в этом смысле приятным);

г) мысли, образы или импульсы должны быть неприятно повторяющимися».

Каждый пациент индивидуален и не всегда вписывается безукоризненно в критерии диагноза. Но мы видим, что ее состояние больше подходит под критерии ОКР, чем шизофрении. Сложность диагностики еще в том, что несмотря на наличие в современных классификациях относительно четких критериев, психиатр оценивает их субъективно. Что считать галлюцинациями? Правда ли снижена существенно работоспособность? Насколько значима апатия?

Эти вопросы психиатр скорее решает из относительно субъективной оценки им самим и пациентом выраженности страдания и влияния симптомов на повседневную жизнь. К сожалению, это лучшее, что сейчас возможно. Не существует абсолютно объективных методов диагностики в психиатрии. **Современный психиатр понимает, что нет четкой границы между здоровьем и расстройством, что это грань условна.**

Хотя классификации, о которых я упомянул, несовершенны, но они созданы на основе консенсуса между исследователями и экспертами из разных регионов и стран, опираются на исследования, которые критически оцениваются.

Раньше исследования были менее масштабны и строги. Чуть ли не в каждой стране были свои существенные различия в диагностике и лечении, опиравшиеся на мнения авторитетных профессоров и не очень достоверные исследования. Даже в разных городах одной страны были эти различия.

До сих пор в некоторых отечественных руководствах упоминаются «школы психиатрии»: французская, немецкая, советская и др. Причем советская делилась на ленинградскую и московскую.

Московская школа, как раз и была представлена идеями Андрея Снежневского. Они на первый взгляд логичны. Раз психиатрия – это медицина, а психические расстройства – самые настоящие болезни, то у шизофрении, как и любой другой болезни, должны быть какие-то первые едва заметные симптомы, признаки, так называемый продромальный период. По аналогии с инфекционным заболеванием. А если психиатр их увидит, то сможет ее вылечить на ранней стадии и предотвратить ухудшение.

Так как у шизофрении нет специфических симптомов, а переживания, с ними схожие встречаются у всех, то при желании можно поставить диагноз шизофрении любому. В диагностике врач опирался на абсолютно субъективные трактовки особенностей переживаний и поведения, которые кто-либо из авторитетных авторов, считал шизофренией. Это было удобно в использовании психиатрии для борьбы с оппозицией. Петр Абовин-Егидес, критиковавший режим в СССР за «симбиоз государственного рабовладения, государственного феодализма и элементов государственного капитализма», в 1969 году попал в психиатрическую больницу. Вот как он описывает разговор с психиатром:

«...Я предстал пред очи «самого» Даниила Романовича, т. е. профессора Лунца – главного полицейского психиатра. Он просверлил меня – очередную жертву – узенькими глазами, ехидно улыбаясь. Первый вопрос оказался, увы, все тем же – о бороде. Я удивился: маститый ведь профессор, а топчется все на том же банальном месте.

– Так почему вы все-таки отпустили бороду?

– Знаете, чисто случайно: однажды парикмахер снял мне немного больше волос, чем я просил, и прическа оказалась у меня, как у партийных функционеров, похожих даже внешне друг на друга и подражавших Сталину даже в прическе, – я огорчился и компенсировал это тем, что решил отпустить бороду.

– Вот, вот, симптоматично... – забарабанил он пальцами по столу.

– Ну, а Маркс, Ленин, Фидель? Тоже... симптоматично?..

– Ха, все в сонме великих обитаете, в окружении классиков видите себя... Ну, ладно. Обратимся к главному: что за цели вы преследовали этой писаниной? – показывает он на лежащую перед ним папку.

– Ничего больше, кроме того, что там написано: подлинную демократизацию нашего общества, без чего социализм не может быть равен своему понятию...

– Вот это и есть реформаторство как обычный признак паранойяльного состояния...»

Профессор Лунц совмещал работу психиатра со званием полковника КГБ и даже носил форму. Этот разговор выглядит правдоподобно. До сих пор многие психиатры рассуждают в таком стиле. Я сам не раз наблюдал такую «диагностику», отталкивавшуюся от чтения пациентом Кастанеды или увлечения буддизмом. Для последователя Снежневского в первую очередь важно найти и обнаружить шизофрению у каждого пациента, что не так уж трудно с такой расширительной диагностикой.

В ленинградской школе были склонны к более объективной психиатрии. В ее понимании она должна стать естественно-научной дисциплиной. Ленинградские психиатры старались в первую очередь найти органические (когда есть повреждение головного мозга) болезни, а потом уже ставить шизофрению. Хотя это тоже мифология, только биологическая, учитывая ограниченные возможности того времени для объективного исследования головного мозга. Диагноз органического заболевания тоже ставился на основании крайне субъективных критериев.

Настольной книгой по психофармакологии, науке об использовании лекарств в психиатрии, для врачей долгое время было руководство Григория Авруцкого (1924–1993 гг.). Одна из главных идей книги: нужны максимально переносимые дозы с самого начала, чтобы оборвать развитие болезни. Добавим к этому авторитарную обстановку позднесоветского общества. **И мы получаем рецепт карательной психиатрии.**

Когда я учился в 2012 году в интернатуре, я спросил зав. отделением какую книгу мне почитать. Он сказал мне: «Авруцкого. Ничего не изменилось с тех пор все равно».

Глядя в прошлое, легко видеть ошибки коллег. Вряд ли многие из них осознанно вредили пациентам. Несовершенство методов диагностики и лечения и политическая обстановка делали их заложниками системы. Скорее всего, они искренне верили в пользу своего дела.

Я привел это длинное отступление потому, что в российской психиатрии эти традиции до сих пор живы, к сожалению. В современных отечественных руководствах и публикациях повторяются схожие идеи, нет последовательного признания и осуждения прошлых ошибок. Скорее наблюдается тенденция отрицать их. Многие психиатры до сих пор мыслят в духе школы Снежневского.

Вернемся к Максиму. Затем он обратился к психиатру, который позиционировал себя как сторонника современной доказательной психиатрии. Тот не стал смотреть строгим взором и искать шизофрению. Хотя старшие коллеги пытались его этому научить. Он посещал иногда зарубежные конференции, читал зарубежные учебники. Иван, этот психиатр, предположил, что у Максима СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности) и депрессивный эпизод легкой степени. При СДВГ есть значительные трудности с концентрацией внимания, невнимательность и рассеянность, связанные вероятно с нейробиологическими особенностями. Начинаются эти проблемы в детском возрасте и иногда, но не всегда сопровождаются повышенной двигательной расторможенностью. Врач рассказал о различных вариантах лечения: есть медикаментозное лечение, есть психотерапевтическое. Рассказал о преимуществах и недостатках того и другого.

Максим понял, что его состояние не настолько тяжелое, чтобы непременно принимать лекарства, что он может улучшить состояние психотерапией. В первую очередь избавиться от депрессии.

Этот психиатр занимался психотерапией. Он получил дополнительную квалификацию врача-психотерапевта и прошел курс обучения краткосрочной психодинамической терапии. Это направление терапии, вышло из психоанализа, но от него существенно отличается и имеет научно подтвержденную эффективность. В ней пациент учится осознавать свои внутренние конфликты и противоречия. Психиатр сказал, что лучше будет не совмещать две роли в одном лице, хотя некоторые специалисты так делают, и порекомендовал обратиться к другому психотерапевту, тоже психиатру по базовому образованию.

Он занимался когнитивно-поведенческой психотерапией, наиболее изученной в настоящее время и опирающейся на идею о взаимосвязи мыслей, эмоций и поведения. **Ее цель – научить пациента регулировать эти взаимосвязи.**

Они провели пять сессий. Во время первых двух встреч они тщательно проанализировали особенности мышления, эмоциональных переживаний и поведенческих реакций Максима, выстроили отношения, обозначили проблемы и цели, обсудили, как будет проходить работа.

Но через какое-то время у Максима возникли непредвиденные расходы. Он уже не смог позволить оплачивать психотерапию. Поэтому психотерапевт предложил ему пойти к коллеге. Коллега занимался точно также когнитивно-поведенческой психотерапией. Но по образованию был психологом, а не психиатром, и с меньшим опытом. Стоимость его работы была ниже. Хотя не всегда психотерапия у специалиста с психологическим образованием стоит дешевле, но такая тенденция есть. Качество психотерапии не зависит от того, психиатрическое или психологическое образование у психолога.

Завершив терапию через 20 сессий, Максим не стал другим человеком. Но многое в его жизни изменилось. Он освоил несколько инструментов для работы с тревогой и депрессией, узнал свои глубинные убеждения о себе, мире и окружающих и стал их корректировать, когда они ему мешали. Также в ходе терапии он продолжал совместно с психотерапевтом работать над управлением своим временем и финансами, как и в коучинге.

Затем он вновь обратился к психиатру, чтобы оценить состояние, и тот предложил ему использовать лекарство, чтобы устранить оставшиеся проблемы с невнимательностью. Для этого Максим стал принимать атомоксетин, который увеличивает уровень норадреналина в префронтальной коре головного мозга, что значительно повысило его внимательность и способность к концентрации.

Различие в работе между коучем, психотерапевтом или психиатром не столько в уровне тяжести проблемы, хотя оно есть, но в теоретической модели и целях. Хотя на практике получается, что коучинг более эффективен при отсутствии выраженных психологических проблем и расстройств, психотерапия – в работе с легкими и умеренными психическими расстройствами, а лечение у психиатра – с тяжелыми психическими расстройствами. Но это не исключает возможности использовать психотерапию у человека с тяжелым расстройством, а психиатрическое лечение – с легким. Одно из них будет основным, а другое – дополнительным. При этом человек с расстройством, даже шизофренией, вполне может проходить коучинг, если расстройство не мешает этому процессу.

Задача коучинга – достижение положительных целей в жизни и работе. **Его модель нацелена на поиск ресурсов и возможностей.** В психотерапии – цель – устранение психологических проблем, а ее модель основана на выявлении психологической проблемы. В психиатрии цель – лечение психического расстройства, а модель – медицинская, но существуют не только фармакологические методы, используются, например, транскраниальная магнитная стимуляция, электросудорожная терапия и светотерапия. Еще психиатр может наблюдать динамику состояния пациента, которому требуется только психотерапия.

● Глава вторая

Как не запутаться в направлениях психотерапии. Почему их так много и наука ли она?

Нужно сразу определиться, что в этой книге психология и психотерапия используются как синонимы. Часто пытаются разделить психологическое консультирование и психотерапию. Возможно, в этом есть какой-то смысл, но на практике эти направления почти неотличимо друг от друга сливаются. Психология от психотерапии еще отличается тем, что в ней есть исключительно теоретические направления, но в цели этой книги их освещение не входит, поэтому для потенциального клиента различие между психологом и психотерапевтом значения не имеет. Психотерапевт может иметь или психологическое, или психиатрическое образование. **Другой синоним психотерапии – терапия.** Иногда я буду говорить терапевт, а не психотерапевт.

В психотерапии очень много школ и направлений. Даже посчитать общее количество затруднительно. Их научный статус и популярность очень отличаются от направления к направлению. Интересно, что порой популярнее направления, чьи теории трудно доказуемы, а практика малоисследованная и не подтвердила эффективность.

Как в этих направлениях разобраться и не запутаться? Что вообще можно назвать психологией и психотерапией, а что нет? Как отделить достоверные теории и практики от сомнительных?

В психиатрии сейчас почти не заметно школ и направлений. В ней появилась общая парадигма, совокупность общепринятых базовых принципов, о которой мы поговорим позже. Но в психотерапии пока это не так. В ней господствуют школы и направления, каждая со своим подходом. В ней пока нет господствующей парадигмы. Это значит, что она находится на допарадигмальной стадии развития науки, если опираться на идеи философа Томаса Куна (1922–1995 гг.).

К сожалению, не существует даже общепринятого определения психотерапии. Часто даже специалисты ее понимают, как консультирование вообще или любую попытку словами улучшить душевное состояние человека. **Но такая позиция приводит к размыванию границ психотерапии.** Получается, что исповедь, разговор с другом или мужем, тоже психотерапия. Даже шарлатанское или мошенническое убеждение, религиозная или идеологическая манипуляция в таком случае тоже психотерапия.

Так ее порой понимают люди не очень с психологией знакомые, но вынужденные прибегать к консультированию. Например, врачи и педагоги, склонны так ее воспринимать. Я слышал от некоторых из них: «я тоже психотерапией занимаюсь, когда говорю с пациентом».

Другая крайность – понимать психотерапию как метод лечения психических расстройств психологическими методами. Это очень сужает границы психотерапии. В реальности психотерапия выходит за границы медицинской модели. Она может работать не только с психическим расстройством. Некоторые направления психотерапии (когнитивно-поведенческая, например) могут опираться на медицинскую модель и работать с пациентом, используя термин психического расстройства. Но в таком случае психотерапевт все равно идет дальше и глубже. Его интересуют мысли и чувства пациента, его детский опыт, его поведение. Это более индивидуализированный подход, чем медицинский, психиатрический. Для психиатра нюансы переживаний не имеют такого большого значения, потому что лекарство можно назначить, ориентируясь на симптомы. Психологу и психотерапевту важно знать детали, потому что их вмешательства касаются не столько симптомов, сколько переживаний.

Некоторые модели психотерапии не используют, поэтому медицинскую и клиническую модель в принципе. Она часто мало дает психологу в реальной работе. Хотя ее знать, чтобы

исключить проблемы, в которых психотерапия имеет ограниченные возможности, а нужна помощь психиатра, – бывает полезно. Потому многие психологи, независимо от своего направления, стараются получить образование в сфере клинической психологии или получить о ней хотя бы какое-то представление.

Наиболее взвешенная позиция заключается в признании психотерапии отдельной, гуманитарной дисциплиной, которая работает с психологическими проблемами психологическими методами.

Важно провести ее отделение и от медицины, и от других гуманитарных дисциплин, а особенно важно отделить ее от политических и религиозных идеологий. **Хотя при этом не стоит отрицать их влияние на нее.**

К сожалению, в работе психологов мы часто видим прямое использование идей, не имеющих отношения к психотерапии. Например, внушение им религиозных идей, навязывание патриархальных ценностей встречается наиболее часто. Некоторые психологи считают, что вера в Бога, наличие семьи, состоящей из работающего мужа и неработающей жены неперенным залогом психического здоровья. Хотя нет научных данных, которые бы это подтверждали. Они смешивают идеологию и психологию.

Если клиент разделяет эти ценности, то на них можно и нужно ориентироваться, но нет смысла их ему навязывать.

Поэтому мне кажется важным определение психотерапии, предложенное Альфредом Лэнгле, известным экзистенциальным психотерапевтом. В фокусе этой терапии – проблемы выбора, свободы и ответственности, смерти и смысла жизни. Достаточно трудно измеримые феномены. Неудивительно, что из лагеря психотерапевтов, близких к этому направлению, часто высказывается мнение о невозможности научно обоснованной психотерапии, но Лэнгле этому ясно и твердо возражает:

«Психотерапия – это научно обоснованный и эмпирически проверенный вид деятельности, направленный на помощь людям при психических, психосоматических и социальных проблемах или состояниях страдания и использующий для этих целей психологические средства... Передача духовности в религиозном смысле этого понятия – как выражения более высокого измерения бытия не входит в ее задачи и не является ее целью. Психотерапия четко отличается от любой формы помощи, имеющей религиозную подоплеку». (Психотерапия – научный метод или духовная практика?)

То, что мы относим сейчас к сфере психологии, интересовало людей вероятно очень давно. Но я думаю, что не имеет смысла искать в истории разрозненные элементы этого интереса.

Психология, как наука и практика, появилась в XIX веке. Фактически было два направления психологии. Одно – экспериментальное, основанное Вундтом (1832–1920 гг.). Это лаборатории, количественные измерения памяти и внимания, попытка сделать психологию объективной. Но при этом оно использовало и самонаблюдения (интроспекцию).

Другое практическое и помогающее, заложившее основы современной психотерапии. Оно к началу XX века оформилось в три направления.

Одно из них – психоанализ во главе с Фрейдом (1856–1939 гг.). Это многим известные кушетки, толкования сновидений и свободные ассоциации, когда анализируемый говорит все, что приходит ему на ум. Эта традиция жива до сих пор. Она дала множество ветвей, о которых мы поговорим позже.

Второе – гипноз и методы внушения. Оно тоже до сих пор существует и развивается. Начало ему было положено Месмером (1734–1815 гг.) еще в XVIII веке. Но как более научно обоснованная практика она стал развиваться Шарко (1825–1893 гг.) и Бернхеймом (1840–1919 гг.). Фрейд тоже начинал с гипноза, но потом создал свой метод. Сейчас гипноз обычно используется как дополнение к другим видам терапии.

Третье – рациональная терапия. Ее создал швейцарский врач Дюбуа (1848–1918 гг.). Ее можно считать предшественником современной когнитивной и гуманистической терапии, которые рассматривают клиента как сознательного равноправного субъекта психотерапии, который может осознанно изменять свою жизнь.

Эти три направления скорее были в первую очередь практически ориентированными и не были подтверждены серьезными научными исследованиями. Они были очень интересным для любопытствующей публики и страдающих пациентов, но не совсем научно обоснованными к тому времени. Постулаты учения Фрейда были умозрительными, а затем подкреплены примерами из наблюдений над собой и клиентами. **Примеры, конечно, трактуются, исходя из его же теории.** Как ни странно, но это все же помогло стать психологии более научно обоснованной. Ведь надо было с чего-то начинать.

Позднее эти направления развивались, многие их теоретические положения подтверждались, а техники оказались эффективными. С другой стороны, почему наукой является только то, что можно проверить в эксперименте? Ведь есть и гуманитарные и прикладные науки, которые имеют другие методы исследования.

Направление, заложенное Вундтом, было более научно-обоснованным с точки зрения эмпирических наук, но малоинтересным для широкой публики, так как не помогало решить насущные жизненные вопросы. Но и к нему были претензии, так как подходить к психике с позиций естественно-научного знания – не совсем корректно.

Я думаю, что Вундта можно рассматривать как предшественника поведенческого направления, которое в стремлении быть более объективной наукой, первоначально исключило метод интроспекции и изучения сознания из своего арсенала. Оно было развито впоследствии такими исследователями, как Бехтерев, Вольпе, Торндайк и Скиннер и стало использоваться под названием поведенческая или бихевиоральная терапия. Она и сейчас существует, развивается, даже переживая новый бум популярности, обогатившись идеями других направлений. Оно стало рассматривать мышление и эмоции как форму поведения.

Тогда были уже и психиатры. На психику они смотрели через призму медицинской оптики, которая в этом случае не совсем точна. В логике психиатрии того времени существовали патологические психические процессы, подобные инфекционным, и некая здоровая, идеальная психика. А патологическим считалось все, что было социально неодобряемым. **Достаточно странная логика: опираясь на социальный критерий, находить биологически ориентированный диагноз.**

Блейлер (1857–1939 гг.), создатель термина «шизофрения», опирался на все эти теории. В лаборатории он исследовал свободные ассоциации психиатрических пациентов методами лабораторной психологии.

Сегодня существуют в измененном виде все эти направления. Но они настолько сильно друг на друга влияют, что различия между ними стираются, особенно при практическом использовании, а различия касаются в первую очередь используемой терминологии и теоретических моделей.

Вплоть до недавнего времени можно было говорить о двух тенденциях в психологии, как писал Карл Роджерс, основатель клиент-центрированной терапии. Одну он называл «объективной», старающейся описать человека как объект, подлежащий изучению, а другую «экзистенциальной», воспринимающей человека как сознательное и целостное существо, несводимое к его функциям.

Эти тенденции – отражение основной проблемы психологии – психофизиологического дуализма. Все согласны, что психика и головной мозг взаимосвязаны. Но как? Что первично и что вторично? Что на что и как влияет? Или психика и мозг одно и то же?

Из ответа на эти вопросы и рождаются различные теории. Грубо говоря, одни теории сводят все к мозгу. Психика просто его производное. И можно все объяснить, поняв строение

его. Другие говорят, что мозг просто проводник для психики. Как приемник для радиоволн. Третья, что они взаимосвязаны, несводимы друг к другу, а вопрос первичности оставлен за скобками.

Пока не найдено достоверных фактов, что психика существует отдельно от головного мозга. **Как только они обнаружатся, то эта теория может стать вполне научно обоснованной.** Но эти теории обычно на научность и не претендуют. Теории, объясняющие все головным мозгом, как раз очень на нее претендуют и даже имеют наукообразный вид, но строго научными все же не являются. Нет четкой корреляции между строением и биохимией мозга и психическими процессами. Конечно, есть связь, но сводить, например, любовь к дофаминергической реакции несправедливо.

Да, ясно, что она сопровождается такой реакцией, но это не значит, что реакция является причиной и сутью. Как книгу невозможно свести к бумаге, обложке, типографской краске.

Во многом это противоречие были разрешены Выготским (1896–1934 гг.). Хотя возможно его влияние на дальнейшее развитие психологии не было непосредственным, несмотря на его высокую популярность в последние десятилетия.

В преодолении этих противоречий ему помогли идеи Карла Маркса. Сам Маркс мало внимания уделял психологии, как и многие его последователи. Однако его диалектический материализм очень удачно подошел для научного описания психики. Он позволил не скатываться в вулгарный материализм, объясняющий психику мозговыми процессами и отдельными измеримыми функциями, но и не впадать в субъективизм, умозрительность и отрицание возможностей исследования психики.

С точки зрения Выготского психика выступает как системное образование, не сводимое к головному мозгу или рефлексам, как это было в предыдущих попытках сделать психологию более научной. Психика согласно Выготскому появилась благодаря использованию символов и знаков, языка и речи в процессе труда. Точнее сознание и мышление являются такими инструментальными образованиями. Потому что эмоции являются более древними образованиями, связанными с подкорковыми структурами головного мозга.

Михаил Ярошевский так пишет о рождении этой идеи у Выготского: «Идея Маркса об орудиях труда как средствах изменения людьми внешнего мира и в силу этого своей собственной организации (стало быть, и психической) преломилась в гипотезе об особых орудиях – знаках, посредством которых природные психические функции преобразуются в культурные, присущие человеческому миру в отличие от животного».²

Не думаю, что можно провести четкую линию между научными и псевдонаучными теориями. Такое разделение будет само по себе не очень научным, как и сам термин «псевдонаучный». Потому что не существует четкой границы между явлениями в принципе, а «псевдонаучность» является ярлыком и отдает временами инквизиции.

Но можно распределить на континууме психологические теории и вмешательства по степени обоснованности их теории и эффективности практики. Ведь психологические направления не являются чем-то застывшим и монолитным. Они развиваются, взаимно обогащаются. Вряд ли можно назвать какую-то теорию и практику 100 % научной, а другую настолько же ненаучной. Абсолютного в мире нет ничего.

Чаще всего психотерапевты и их клиенты делятся на две враждующие группировки. Одни говорят, что психология и психотерапия – это наука или должна стать наукой, другие говорят – нет, не наука, это искусство, ремесло. И те, и другие отчасти правы.

Сесил Паттерсон, Эдвард Уоткинс в книге «Теории психотерапии» так излагают взгляды Карла Роджерса на этот вопрос:

² Марксизм в советской психологии // Репрессированная наука. Выпуск 2. СПб.: Наука, 1994, с. 24–44.

1. Исследование и теория направлены на удовлетворение потребности в упорядочении важного опыта.

2. Наука – это точное наблюдение и вдумчивое, творческое мышление на основе этого наблюдения, а не просто лабораторное исследование с использованием инструментов и вычислительной техники.

3. Наука начинается с общих наблюдений, грубых измерений и спекулятивных гипотез и развивается в сторону более точных гипотез и измерений.

4. Язык независимых-смешанных-зависимых переменных, вполне пригодный для продвинутых этапов научного исследования, неприменим на начальных и промежуточных этапах...

6. Каждая теория предполагает большую или меньшую вероятность ошибки; теория лишь приближается к истине и требует постоянного изменения и модификации...

Можно сказать, что психотерапия, как и медицина, является прикладной наукой, которая использует научные данные, но также является ремеслом и искусством, не сводимым к строгой науке. Особенностью психотерапии является, что она использует как экспериментальные данные, так и данные, полученные методами гуманитарных наук и самонаблюдения.

Александр Сосланд в книге «Фундаментальная структура психотерапевтического метода или как создать свою школу в психотерапии» очень хорошо описывает то, как развивается психотерапия.

«История психотерапии – это сумма нарративов, описывающих истории появления и развития отдельных школ. Такие повествования состоят из параллельного описания развития идей отдельной школы и путей становления и утверждения, борьбы и преодоления сопротивления. Психотерапевтические методы находятся в состоянии постоянного состязания друг с другом, что, разумеется, накладывает отпечаток на всю психотерапевтическую жизнь в целом».

Джеффри Янг, основатель одного из ведущих современных направлений – схематерапии, вобравшей в себя идеи когнитивной терапии, психоанализа и гештальт-терапии, рассказывал, как осознал недостатки когнитивной терапии при работе с расстройствами личности, поучившись и поработав у Аарона Бека, основателя когнитивной терапии.

Янг предложил изменения. Стал говорить о важности внимания к детскому опыту, который в когнитивной терапии тогда недооценивался. Говорил об этом с Беком. Тот ему сказал, что да, важно, у меня есть психоаналитическая подготовка, я знаю. Но все же «здесь и сейчас» работа важнее.

Янг стал использовать техники работы с воображением. Понял, что нужна другая модель психотерапии. Основал схематерапию. Но его стали критиковать когнитивные терапевты, говоря, что твоя схематерапия тоже когнитивная терапия, что твоя схематерапия – это психоанализ. Или что работе с воображением нет места в когнитивной терапии. Все отвернулись от Янга.

Бывшие друзья и коллеги перестали общаться. Кто-то из недоброжелателей задержал выпуск книги по схематерапии, повлияв на издательство. Но потом появились ученики, книги и ассоциация, исследования.

Схематерапия стала одним из признанных эффективных направлений психотерапии. Когнитивные терапевты стали уважать и включать методы схематерапии в свою работу.

Примерно такая же история происходила и с Аароном Беком и Альбертом Эллисом, основоположниками когнитивной терапии. С учениками Фрейда происходило тоже самое, и с самим Фрейдом.

Это напоминает ситуацию с созданием религиозных школ.

Похоже на историю Иисуса Христа. Он приходит в синагогу, где отталкиваясь от ветхозаветного учения, дает завет новый. Терпит гонения, но преодолевая все трудности, находит учеников, его проповедь разносится по всему миру и создается христианская церковь. В которой появляются новые бунтари, проходящие похожий путь.

Карл Ясперс в «Общей психопатологии» излагает точку зрения психиатра Принцхорна:

«...свою функцию посредника психотерапевт может выполнить либо в силу собственных личностных качеств – но в этом случае он не внушает должного доверия, необъективен, его слова и действия не опираются ни на какую «инстанцию», – либо в силу своей принадлежности к «закрытой культурной общности: церковной, государственной или партийно-политической»: только при этом условии он получает возможность уверенно отвечать на те вопросы. В связи с которыми возникает проблема авторитетности соответствующей «инстанции».

Деперсонализация терапии может произойти только благодаря ссылке на некую высшую силу, от имени которой действует врач. Поэтому сектантский характер психотерапевтических школ является не столько недостатком или отклонением от нормы, сколько результатом неизбежного развития».

Это не умаляет эффективности психотерапии и ее научного статуса, который скорее только формируется. Я думаю, что в соматической медицине трудно такое представить сейчас. Психотерапия может и должна преодолевать сектантский характер, становясь более научной.

Ясперс пишет: «Психотерапия нуждается в вере как основе, но сама она веры не создает. Поэтому психотерапевт, желающий стать терапевтом в истинном смысле... должен противодействовать неизбежной (о чем свидетельствует опыт) склонности превращать психотерапию в мировоззренческую доктрину, а кружок, в который входят сам психотерапевт. **Его ученики и пациенты, – в общность, аналогичную религиозной секте».**

Интересно, что раньше в медицине и других науках тоже была борьба школ и направлений, основанных харизматичными лидерами.

Современные направления психотерапии можно объединить в три основные группы:

- психодинамические терапии;
- когнитивно-поведенческие терапии;
- экзистенциально-гуманистические терапии.

Очень сложно попытаться охарактеризовать направления психотерапии и не впасть в чрезмерное упрощение и не ошибиться в чем-то. Даже в профессиональной литературе всегда есть неточности в таких описаниях. Обычно психотерапевт знаком с ограниченным числом методов. Я занимаюсь когнитивно-поведенческой терапией и могу рассказать о ней лучше, чем о других видах терапии, поэтому больше расскажу о ней, предварительно кратко осветив другие.

Не стоит слишком серьезно воспринимать различия между направлениями. **Многие техники и теории из одного направления используются в другом.** Или создаются новые виды терапии на стыке этих трех. Но и недооценивать различия не стоит. Все эти направления опираются на различные концептуальные базы и традиции, а схожие техники используются часто с отличающимися целями. И, конечно, не стоит думать, что какое-то из этих направлений «неправильное». Это всего лишь инструменты для достижения разных целей.

Например, вы хотите поесть жареной картошки. Ее можно поесть ложкой, а можно вилкой. А вот пасту есть ложкой неудобно. Можно в принципе что-то съесть, но сложно, скорее получится съесть из нее ветчину, а не саму пасту.

Так вот, если нужно избавиться от навязчивых мыслей и ритуалов при обсессивно-компульсивном расстройстве (ОКР), то использование когнитивно-поведенческой терапии будет эффективно, а вот психоанализ не устранил эти симптомы. Но поможет разобраться с личностными конфликтами, которые присутствуют при ОКР. Хотя и КБТ тоже может помочь с ними разобраться. Существует ошибочное мнение, что КБТ направлена только на симптом.

На самом деле в КБТ есть глубинная работа и с ядерными личностными убеждениями, и с детским опытом.

Психодинамическое направление исторически является первым. Его основал Зигмунд Фрейд, создав психоанализ. От него практически сразу стали отпочковываться различные направления, которые и получили название психодинамических. Их объединяет восприятие психики как динамического, подвижного образования, в котором различные процессы вступают в конфликт. Часть этих процессов бессознательны. Осознать этих и понять это противоречие и помогает психодинамический терапевт или психоаналитик. И помогают они это сделать через ваши с ним отношения в том числе.

Психоаналитик занимает более пассивную позицию, чем психодинамический (психоаналитический) терапевт. Клиент лежит на кушетке, а аналитик сидит таким образом, что его не видно, чтобы дать возможность проявиться как можно большему количеству фантазий и мыслей клиента о нем. Поэтому и нельзя, чтобы клиент много знал реальной информации об аналитике, они не могут быть потому родственниками или друзьями.

Психоаналитик должен быть «зеркалом», в котором отражаются конфликты клиента. Аналитик дает короткие комментарии и помогает клиенту понять, что его ранний детский опыт общения с родителями вызывает и определенное отношение к психоаналитику и другим людям и миру вообще. **Осознание этого помогает клиенту самому разобраться со своими противоречиями, изменить что-то в своей жизни или принять.**

Но такой метод работы очень длителен. Классический психоанализ длится годами при том, что сессии проводятся до 4–5 раз в неделю! Соответственно, это и еще дорого обходится. Есть вопросы и к его эффективности. Его очень трудно исследовать. Хотя есть исследования, подтверждающие его эффективность.

Психоаналитик не ставит целью устранить симптом. Симптом для него скорее повод добраться до бессознательных конфликтов, разрешение которых может его устранить, но часто для этого нужны годы. В устранении симптомов классический психоанализ часто неэффективен, а если эффективен, то менее чем другие виды терапии. Но для терапии расстройств личности, когда есть выраженные личностные особенности, мешающие повседневной жизни, он может быть полезен. Потому что в их терапии нет цели устранить симптомы, а нужна перестройка структуры личности, которая длится годами, даже если работа идет в когнитивно-поведенческой терапии, которая обычно в других случаях краткосрочна (в среднем 20 сессий).

Классический психоанализ с самого появления и до сих пор активно подвергается критике. Пожалуй, в первую очередь за то, что ранний детский опыт описывается как сексуальный и при том в отношении к родителям. Здесь можно заступиться за психоанализ. Сексуальность в его понимании не только половой акт, а вообще влечение, стремление к любой близости. А то, что мы обычно называем сексом всего лишь частный случай этого влечения. Также психоанализ критикуют за умозрительность его теорий. Очень трудно проследить и подтвердить связь между сексуальными переживаниями трехлетнего ребенка в отношении его родителей и его отношением к людям во взрослой жизни. Но несмотря на умозрительность теории, практика психоанализа имеет определенную эффективность.

Когда-то люди не знали, что малярия переносится комарами. Они считали, что она возникает из-за плохого воздуха. Отсюда и название: малярия переводится с древнегреческого как «плохой воздух». Теория была ошибочная. Но люди закрывали двери и окна в надежде спастись от плохого воздуха и это снижало вероятность заболеть, потому что в дом комары попасть не могли. Ошибочная теория все же давала определенный результат. Но с психоанализом на самом деле мы не знаем ошибочная ли она. Мы ее не в состоянии точно проверить. Пока есть данные, что детский опыт, конечно, влияет на взрослую жизнь человека, но скорее всего не так тотально, как это может показаться при слишком догматичном подходе к психо-

анализу. Еще есть влияние генетики и взрослого опыта, которые могут и перечеркнуть этот ранний детский опыт. В общем психоанализ, пусть и порой умозрительная, но рабочая модель, которая пользуется заслуженным уважением среди многих психотерапевтов по крайней мере за то, что является предшественником всех других направлений психотерапии.

Не стоит воспринимать психоанализ как антинаучную теорию. Ряд его положений подтверждаются исследованиями. Он является пусть и неидеальной, но серьезной школой психотерапии, до появления других направлений. Психоаналитические объяснения включены в руководства по психотерапии и психиатрии.

Внешняя пассивность аналитика и его нейтральность, длительность и дороговизна психоанализа ограничивают его возможности, а потому дали толчок развитию психодинамической терапии. Во время сессий в этом направлении терапевт сидит лицом к лицу с клиентом. Может высказывать свое мнение, проявлять себя как личность и использовать это для помощи клиенту в осознании конфликтов, более поздних, чем в классическом психоанализе. Психодинамический психотерапевт меньше уделяет внимание бессознательному. Для него важны и ценны сознательные стремления человека, его ценности и цели. А в классическом психоанализе человек скорее продукт бессознательного.

Среди известных видов психодинамической терапии можно отдельно выделить юнгианскую терапию («аналитическую психологию») основанную Карлом Густавом Юнгом. В ней помимо индивидуального бессознательного, выделяется и коллективное, общечеловеческое бессознательное, которое тоже участвует в личностных конфликтах. Оно присутствует в виде архетипов, врожденных психических структур, например, «мудрого старика», «матери» и других, которые являются как бы частями личностями, но выходят за ее границы.

Также большую известность получила адлерианская терапия («индивидуальная психология»). Адлер радикально отошел от многих положений фрейдистского, классического психоанализа. В поле его зрения «комплекс неполноценности». С точки зрения адлерианской психологии основной конфликт каждого человека развивается из-за представления ребенка о собственной неполноценности, преодолевая которое и формируется личность. Этот конфликт может разрешаться невротически, создавая страдания и приводя к расстройствам, а может разрешаться и более здоровым и адаптивным способом. **Цель терапевта – помочь клиенту в разрешении конфликта здоровым способом.**

Существует много и других направлений психодинамической (психоаналитической) терапии. Например, даже внутри юнгианской терапии есть несколько направлений. Но у нас нет возможности осветить их все. Важно получить общее представление.

В 50-е годы сформировалась поведенческая или бихевиоральная терапия. Ее появлению предшествовали десятилетия развития бихевиоризма как психологической теории. Бихевиоризм (но не бихевиоральная терапия) сформировался в первой половине XX века. Наиболее известные ранние бихевиористы – Торндайк и Уотсон. Их целью было сделать психологию точной наукой, приближенной к естественным наукам вроде химии и физики. Поэтому им важно было быть объективными, а так как психические процессы, сознательные и тем более бессознательные, непосредственно наблюдать невозможно, то они их старались игнорировать, исследуя как связаны окружающая среда и поведение.

Ко второй половине XX века у многих специалистов наступило разочарование в психоанализе. Стали искать более краткосрочные и научно обоснованные методы. И бихевиоральная терапия отвечала этим требованиям. Она показала эффективность в работе с фобиями (страхами), навязчивостями, тревогой, депрессией. Бихевиоральная терапия получила заслуженную порцию критики за игнорирование психических процессов. Ведь хотя их и невозможно наблюдать объективно, но мы можем судить о них по поведению и предполагать их наличие, изучать и изменять, пусть и не так точно, как в естественных науках. Наиболее известный представитель бихевиоральной терапии – Скиннер.

Многое удалось выяснить и изучить с помощью бихевиоризма. Но далеко не все. Не удалось установить строгие закономерности, как в естественных науках. Все же переменная в виде сознания и когнитивных процессов (мыслей) оказывала влияние на поведение. Также только работа с поведением может быть недостаточной в терапии и на самом деле невозможно исключить работу с сознанием. Даже бихевиоральный терапевт обсуждает многое с клиентом и волей или неволей влияет на его когнитивные процессы.

Как ни странно, но несмотря на то, что классический психоанализ и классическая бихевиоральная терапия сильно отличаются внешне, но они схожи по своей философии. И там, и там человек может восприниматься как игрушка в руках или бессознательного, или окружающей среды. Более реалистично, что бессознательное или окружающая среда влияют на нас, но не определяют полностью наше поведение.

Как реакция на недостатки психоанализа и бихевиоральной терапии, в 50-60е годы появилась когнитивная терапия. Она создавалась как научно обоснованная терапия, но при этом не стала игнорировать когнитивные процессы, а использовала их как основу для понимания расстройств и проблем психики и их терапии. Но вместо сложных, противоречивых и часто умозрительных интерпретаций психоанализа, когнитивная терапия занялась изучением мыслей и убеждений пациентов при разных расстройствах так, как они представлены самими клиентами, не пытаясь найти в них скрытое значение. **Когнитивная терапия стала своего рода мостиком между психоанализом и бихевиоральной терапией.** Основатели когнитивной терапии американские психологи Альберт Эллис и Аарон Бек сами изначально практиковали психоанализ.

В 70-80-е годы когнитивная и бихевиоральная терапия стали сближаться и появилась когнитивно-бихевиоральная терапия. Она встречается чаще, чем только бихевиоральная или чисто когнитивная терапии и породила много направлений. При своем появлении уже когнитивная терапия существовала в двух версиях.

Первая – рациональная терапия Альберта Эллиса, которая в итоге стала называться рационально-эмоционально поведенческой терапией (РЭПТ). Важно не путать ее с рациональной терапией, которая была распространена в СССР и основывалась на идеях Дьюба.

Официально дата рождения РЭПТ – 1955 год. Эллис как будто решил себя противопоставить психоанализу от слова «совсем». Терапия больше похожа на обучение. Терапевт очень активен и директивен. Он прямо говорит о том, какие убеждения более полезны, а какие нет и помогает отказаться от иррациональных (так в ней называются нереалистичные и бесполезные идеи) убеждений и укрепить рациональные разными способами. Иногда объясняя, иногда задавая вопросы. В РЭПТ могут использоваться любые техники и упражнения, если они нацелены на изменение убеждений. Она эффективна при клинических расстройствах и в коучинге.

Вторая версия – когнитивная терапия Аарона Бека. Она зарождается примерно в то же время, что и РЭПТ. Эта терапия завоевала большую популярность в академических кругах. Она с самого начала была нацелена на терапию психических расстройств и тщательно исследовалась на предмет ее эффективности. После интеграции с бихевиоральной терапией она оказалась эффективной практически при любых психических расстройствах. Даже для таких тяжелых как шизофрения или биполярное расстройство, но как дополнение к медикаментозной терапии в таких случаях. **Но для каждого расстройства используется модификация, специальная версия терапии**, ведь в каких-то случаях эффективна работа непосредственно с поведением, а в других – с мышлением и часто очень различными способами. Основной метод работы классической когнитивной терапии – это когнитивная реструктуризация, то есть изменение деструктивных и ригидных автоматических мыслей, глубинных убеждений о себе, окружающих и мире.

В конце XX века в арсенал КБТ вошли методы осознанности. Осознанность обычно ассоциируется с восточными и эзотерическими практиками. Она и правда имеет корни в буддизме,

где разрабатывались многочисленные формы медитации с целью достижения духовных целей. Оказалось, что психологическое состояние от них тоже может улучшаться. Основная идея осознанности в том, что четкое и ясное осознание того, что с вами происходит в каждый момент времени и вокруг вас помогает уменьшить эмоциональные расстройства и сделать жизнь более интересной и более продуктивной.

Осознанность стали изучать и внедрять в когнитивно-поведенческую терапию. Так появились диалектико-бихевиоральная терапия (DBT) Марши Линехан, Терапия Принятия и Ответственности (АСТ) и другие. Эти терапии также стали меньше уделять внимание изменению мышления, а акцентировались на поведении относительно мешающих мыслей, что сблизило их с бихевиоральным направлением.

Но все эти направления когнитивно-поведенческой терапии очень хорошо сочетаются между собой. Ведется работа по их интеграции. Например, существует интегративной и мультимодальная когнитивно-бихевиоральная терапия Дэниэла Дэвида.

Хотя когнитивная терапия преодолела многие недостатки психоанализа и бихевиоральной терапии, она вызывает скепсис у психотерапевтов, которые считают, что психика слишком сложна и человеческие проблемы не стоит описывать диагнозами и схемами убеждений и пытаться изменить технологиями. **Также их не удовлетворяла идея, что человек всего лишь продукт бессознательного или окружающей среды.**

Недовольство этим в том числе и способствовало развитию во второй половине XX века, в 50-е его годы, гуманистической психотерапии. Часто ее объединяют с экзистенциальной терапией под названием экзистенциально-гуманистическая терапия.

Для гуманистического терапевта клиент – это целостное, автономное и мыслящее существо, ищущее счастья и заслуживающее принятия. Терапевт такой же человек, ищущий счастья, но способный дать максимальное принятие и понимание жизни клиента. Безусловное принятие клиента терапевтом оказывает благотворный эффект. Клиент осознает себя как равноправную с другими, но автономную личность, в то же время во многом зависимую от других и это помогает улучшить отношения с собой и окружающими. Эти идеи максимально представлены в клиент-центрированной терапии Карла Роджерса.

Другой известной формой гуманистической терапии является гештальт терапия, основанной Фрицем Перзлом и Полом Гудманом. Помимо акцента на целостности и принятии, свободе и ответственности в этой терапии важную роль играет развитие осознанности, умения признавать, понимать и выражать свои чувства, мысли и телесные ощущения. В процессе работы задает вопросы и высказывает свое мнение, дает различные упражнения и техники. В экзистенциальном направлении, близком к гуманистическому, акцентируется внимание на проблемах свободы, смысла жизни и ответственности. Наиболее известные психологи этого направления – Виктор Франкл, Ирвин Ялом, Ролло Мэй.

Очень часто можно встретить упоминания кинотерапии, песочной терапии, арт-терапии, библиотерапии, музыкальной терапии и прочих, как отдельных направлений. Мне это кажется сомнительным, потому что за основу берется форма проведения терапии, а не ее теоретическая модель. Когнитивно-поведенческий, гуманистический и психодинамический терапевт могут использовать музыку, кино, песок и рисование как технику, каждый по-своему, но странно создавать направление из формы проведения терапии.

В последнее время направления все больше перенимают друг от друга и фактически начинают сближаться. Но до формирования общей парадигмы еще далеко. Поэтому важно знать о различиях и не судить одно направление с позиций другого. Например, не критиковать психоаналитика за «безучастность», когнитивного терапевта – за «директивность», а гуманистического терапевта – за «чрезмерное самораскрытие». **В контексте их работы с клиентом это работающие методы.** Существует много работающих моделей психотерапии. Но важно, чтобы у психотерапевта, независимо от направления, была эта концептуальная модель работы,

которая более-менее подтверждена исследованиями, и связанные с ней техники, тоже с подтвержденной эффективностью. Не менее важно, чтобы клиент был осведомлен об используемой модели и понимал, что происходит во время терапии.

• Глава третья

Что такое когнитивно-поведенческая терапия?

С момента своего появления когнитивно-поведенческая (бихевиоральная) терапия (КБТ, КПТ) активно исследовалась на предмет своей эффективности. Хотя изначально она создавалась для терапии депрессии, но оказалось, что она полезна при самых разных расстройствах и проблемах. На сегодняшний день когнитивно-бихевиоральная терапия – направление психотерапии с наиболее доказанной эффективностью. Поэтому она активно поддерживается научным сообществом, государством и страховыми компаниями в развитых странах. Это с самого начала ее выделило среди других направлений терапии – нацеленность на результат, который можно было бы подтвердить в исследованиях.

В отличие от ряда других направлений психотерапии и консультирования когнитивно-бихевиоральная терапия использует научную картину мира, избегает умозрительных концепций, использует ясные и конкретные понятия, обобщающие описание феноменов и эмпирические факты. Она интегрируется с другими научными дисциплинами: психиатрией, когнитивной психологией, нейробиологией и нейрофизиологией, педагогикой и социальными науками.

Она относительно краткосрочна. Если классический психоанализ длится годами по несколько сессий в неделю, то когнитивно-поведенческая терапия редко продолжается более чем два года, хотя бывают и исключения, но в среднем 10–20 сессий, обычно с еженедельными встречами.

Каждая сессия и весь ход терапии имеют структуру и план, которые могут изменяться в зависимости от ситуации, но создают структуру всей работы, которая помогает специалисту и клиенту и делает терапию прозрачной и ясной для клиента.

Терапевт и клиент выступают в роли равноправных партнеров, каждый из которых вносит вклад в работу. При этом консультант ведет себя активно и директивно, как компетентный специалист, но исходит из интересов клиента и ориентируется на его мнение.

Клиент и консультант заранее обсуждают цели. **Они сосредоточены на решении конкретных жизненных проблем клиента.** Они не углубляются в спекулятивные рассуждения и интерпретации, а занимаются улучшением качества жизни клиента «здесь и сейчас».

В когнитивно-поведенческой терапии работа часто начинается с анализа автоматических мыслей. В качестве примера разберем ситуацию господина Мерсо, главного героя повести «Посторонний» французского писателя-экзистенциалиста Альбера Камю.

Мерсо, тридцатилетний служащий в одном из колониальных городков Алжира, поговорил по телефону с другом на работе.

«Немного погодя патрон вызвал меня к себе, и я подумал, что получу нагоняй: поменьше говорите по телефону, побольше работайте. Оказалось совсем не то. Он заявил, что хочет поговорить со мной об одном деле. Пока еще нет ничего определенного, все в проекте. Он хотел только кое о чем спросить у меня. Он намеревается открыть в Париже контору, чтобы там, на месте, вести переговоры и заключать сделки с крупными компаниями. И он хотел узнать, не соглашусь ли я поехать туда. Это позволило бы мне жить в Париже, а часть года разъезжать».

Вызов начальника – это ситуация, в связи с которой у Мерсо возникли определенные чувства. Камю их не описывает, но можно предположить, что Мерсо почувствовал тревогу. Может быть, у него забилося сердце, перехватило дыхание. Возможно, он выкурил три сигареты подряд. Это эмоции, физиологические реакции и поведение.

Мысль, которая вполне могла вызвать тревогу и соответствующие реакции, следующая: *«Получу нагоняй: поменьше говорите по телефону, побольше работайте».*

Эта мысль содержит в себе две ошибки:

- а) катастрофизация (негативное предсказание) – ожидание наиболее худшего результата.
- б) чтение мыслей – уверенность в знании мыслей другого человека.

В данном случае автоматическая мысль и предполагаемая тревога скорректировались благодаря тому, что начальник вскоре объяснил причину вызова и Мерсо стал думать по-другому. Причем интересно, что причина вызова была прямо противоположной ожиданиям персонажа.

Если бы патрон внезапно перенес разговор на следующий день, то Мерсо мог бы все больше погрузиться в эту мысль и тревогу, напиться коньяка или даже не выйти на следующий день на работу. Но также Мерсо мог бы сам скорректировать свою мысль, не дожидаясь разговора с начальником, если бы владел методами когнитивно-поведенческой терапии и поразмышлял над следующими вопросами:

1) Какие есть аргументы за и против моей мысли, которые сами по себе не требуют доказательств?

Аргументы за: «Начальник однажды сделал замечание за разговор по телефону коллеге. Еще он предупреждал на собрании, что нельзя разговаривать по телефону».

Аргументы против: «Он много раз видел, как я и другие коллеги, говорим по телефону, но не делал замечаний. Когда он делал замечание тому коллеге, он не ругал его, а просил так больше не делать».

2) Какое есть альтернативное объяснение?

«Он вызывает по другой причине: рабочие вопросы, повышение, командировка».

3) Что худшее может произойти, смогу ли я пережить это, что лучшее может произойти и каков самый реалистичный исход?

«Самое плохое, что может произойти: он накричит на меня. Я расстроюсь, но смогу это пережить. В лучшем случае он скажет мне о повышении. Самый реалистичный исход: он даст дополнительное задание».

4) Каковы последствия моей веры в автоматическую мысль?

«Я испытываю тревогу, не могу расслабиться, выполнить свою работу, много курю и пью, не уделяю времени Мари».

5) Каковы будут последствия, если я изменю свою мысль?

«Я смогу справиться с работой, успокоиться и получить удовольствие от общения с подругой».

6) Что мне стоит сделать?

«Лучше продолжить работу, а потом встретиться с подругой, а не лечь в постель и пить коньяк, как я делал раньше в таких случаях».

7) Что я скажу своему другу, оказавшемуся в такой же ситуации?

«Раймон, ты не знаешь, зачем он тебя вызвал. Даже если для того, чтобы поругать, то ничего страшного же не произойдет. Он не уволит тебя за это и не оштрафует. Да, неприятно, но пережить можно».

После правильно выполненного анализа **интенсивность мешающей эмоции часто снижается за счет коррекции ошибок мышления.**

Появляются и укрепляются более адаптивные мысли: «Я не знаю зачем он меня вызвал. Может быть много вариантов. Даже если он вызвал меня для того, чтобы сделать замечание, то не факт, что будет ругать. А если и поругает, то я смогу это пережить. Это неприятно, но ни к чему ужасному не приведет. Не имеет смысла думать, что он меня будет ругать. Сосредоточусь на работе и встречусь с подругой. А завтра увидим».

Сначала нужно определить ситуацию, которая нас беспокоит. Ситуацией может быть любое событие. Это триггер, провоцирующий фактор, повод. Важно понимать, что не само по себе событие непосредственно вызывает эмоцию, а наше отношение к нему, которое прояв-

ляется в мыслях об этом событии. Но мысли выявить иногда непросто. Поэтому следующим шагом является определение эмоции.

Эмоцию достаточно обозначить одним словом. Проще всего выбрать одну из этих: грусть, тревога, злость, стыд, ревность, зависть, обида, вина. Их может быть несколько одновременно, но важно выбрать для разбора одну. Сами по себе эмоции не являются проблемой. Они сигнализируют об удовлетворенности или неудовлетворенности чем-то и дают стимул для дальнейших действий. Но часто эмоция бывает дисфункциональна, то есть чрезмерна, длительна и мешает жить.

Третьим шагом будет выявление мыслей, вызвавших эту эмоцию. В нашей голове постоянно проносятся тысячи мыслей. Многие из них возникают без нашего осознанного желания. В когнитивно-поведенческой терапии их называют автоматическими. Они часто бывают обрывочными, плохо осознаваемыми, очень мимолетными и трудноуловимыми. Могут быть в виде визуальных образов. Могут быть верными и искаженными, вредными и полезными. Конечно, не имеет смысла каждую из них анализировать. Но если вы заметили, что ваше настроение вам мешает, то определите эмоцию и спросите себя: *«О чем таком я думаю сейчас, что может вызвать эту эмоцию?»*. И вы обнаружите ряд ошибочных автоматических мыслей, проанализировав которые по примеру господина Мерсо, сделаете удивительные открытия, сможете разобраться с проблемой и научитесь управлять своим мышлением.

При самостоятельном выполнении этой процедуры могут возникнуть сложности. Ее осваивают, как и любой навык, постепенно, под руководством когнитивно-поведенческого терапевта, выполняют регулярно в течение определенного времени, чтобы новый стиль мышления стал автоматическим. Конечно, иногда автоматическая мысль может быть верной или проблема не только в негативной автоматической мысли. Поэтому это не универсальная и не единственная техника когнитивно-поведенческой терапии, но одна из самых важных и базовых.

● Глава четвертая

Эмоции и зачем они нужны или как не стать бесчувственным, но оставаться спокойным

Когнитивно-поведенческую терапию, не очень разбирающиеся в ней люди, порой обвиняют в пренебрежении к эмоциям. Но ни одна психотерапия не может игнорировать эмоции. Потому что клиент обычно обращается из-за эмоционального страдания. КБТ очень тщательное внимание уделяет эмоциям по нескольким причинам.

Во-первых, клиент хочет избавиться от эмоционального страдания, а задача психотерапевта в этом ему помочь.

Во-вторых, эмоции сигнализируют о существующих проблемах, требующих решения.

В-третьих, эмоции связаны с мыслями и поведением. Разобравшись с эмоциями, можно понять, что происходит и со всем остальным.

В этой книге говоря об эмоциях, я имею в виду чувства, и наоборот. С точки зрения теоретической науки может быть это не совсем точно, но для практических целей психотерапии это допустимо.

Когда эмоции нас беспокоят, нам хочется от них совсем избавиться, а когда нам скучно, хочется дать волю им совсем. Потом они могут привести нас к страданиям, и мы снова пытаемся их заглушить. В той или иной степени, это свойственно всем людям, но когда эти черты особенно выражены и мешают, то возникает необходимость обратиться к психиатру или психологу, чтобы с этим справиться.

Для начала нам нужно понять, зачем нужны эмоции. Некоторые люди думают, что негативные эмоции не нужны, что они просто атавизм, от которого нужно избавиться, раз нам они причиняют дискомфорт. Но эмоции, позитивные и негативные, нам нужны, чтобы регулировать свое поведение, чтобы давать себе и другим понять, что с нами происходит. Потому что только интеллектуально это невозможно сделать. Мы устроены таким образом в результате эволюции, что у нас есть эмоциональная часть нашего головного мозга, подкорковые структуры, лимбическая система. Мы не можем их игнорировать. Хотим мы того или нет, но они участвуют в обработке информации. Лучше с ними подружиться. Если их игнорировать, то они все равно будут участвовать, только мы будем этого не понимать, и их участие будет хаотичным и противоречивым. Мы не можем управлять эмоциями непосредственно.

«Люди часто забывают, что чувства тоже имеют свою причину. Чувства можно рассматривать как «внутреннее эхо», как отражение ситуации (впечатлений от нее, возникающих в связи с ней воспоминаний, мыслей...). Поэтому чувства также относятся к категории феноменов, которые должны возникать сами собой, чтобы быть настоящими (исключение составляют лишь определенные заболевания, например, депрессии, в которых эмоциональные состояния могут возникать фазами и практически беспричинно). Попытки изменить чувства прямым путем (вызвать приятные чувства или устранить неприятные) представляют собой насилие, которое человек совершает над собой, так как при этом игнорируется причина возникновения чувств. Поэтому в психологическом отношении совершенно понятно, что плохое настроение можно преодолеть, если сразу попытаться выяснить его причину или как можно меньше обращать на него внимание, погрузившись в работу или занявшись делами, которые могут увлечь и отвлечь. Кому не доводилось наблюдать, как порой удивительно быстро улетучивается тогда плохое настроение?»

Так пишет Альфред Лэнгле в книге «Жизнь, наполненная смыслом». Хотя он не когнитивно-поведенческий психотерапевт, а экзистенциальный, но этот фрагмент написан в соответствии когнитивной моделью эмоций.

Эмоции помогали нашим предкам выжить. Негативные эмоции защищают нас от опасностей, дают нам сигнал о том, что не так с нами происходит. Положительные эмоции дают нам понять, что мы на верном пути, что произошло, что-то хорошее и что стоит это вновь повторить. **Можно сравнить негативную эмоцию с болью или повышенной температурой.**

Было бы очень опасно, если бы мы не чувствовали боли, когда, например, повреждена кожа. Это могло бы привести к кровопотере и смерти. Но бывает так, что мы чувствуем боль, когда объективных причин для нее нет. Это не значит, что врачи плохие и мало обследовали. Это значит, что в нервной системе произошла ошибка, которую можно устранить фармакотерапией и психотерапией.

Точно также с эмоциями. Бывает так, что негативная или позитивная эмоция возникает без объективных на то причин. Она нам не помогает никак, а даже мешает в таких случаях. Потому не стоит слепо «доверять сердцу и чувствам». Но прислушиваться стоит. Когда мы заметили, что испытываем эмоцию, то стоит подключить кору головного мозга к процессу, чтобы сверить насколько эмоция обоснована, а если обоснована, то насколько эффективно действовать в соответствии с ней. Не обязательно и даже не нужно постоянно это обдумывать. После того, как сверка произошла, можно погрузиться в эмоцию, если она обоснована и эффективна или хотя бы потому что вы берете на себя риск действовать по необоснованной и неэффективной эмоции. Но также вы можете не погружаться в эту эмоцию, когда она вам мешает.

Например, ваш партнер сказал вам, что вы сегодня неважно выглядите. Вы почувствовали гнев. Важно понять, насколько гнев обоснован. Во-первых, нужно описать для себя факты. Она сказала, что я неважно выгляжу. Она не говорила, что она меня не любит, хочет расстаться или что я всегда неважно выгляжу. Таким образом можно проверить нет ли когнитивных искажений и ошибок, не додумываете ли вы то, чего не было. Затем нужно проверить себя на наличие иррациональных убеждений. Не говорите ли вы себе, что «она не должна так себя вести!!! Это ужасно!!! Я не переживу!!! Она дура!!! Я урод!!! Что за отвратительный мир, где такое происходит!». Если всего этого нет, а вы думаете: «мне не нравится, что она так говорит. Что значит «неважно выгляжу»? Мне это не нравится, я не понимаю зачем это говорить. Но она не говорит, что я вообще плохо выгляжу. Это не делает меня уродом или ее дурой. Она может так говорить, потому что она другой человек и просто имеет такую возможность, так говорить, даже если мне не нравится. Это плохо. Но не ужасно. Это неприятно, но я могу это пережить. Я могу попросить ее или настоять так не говорить, а пояснять, что она имеет в виду. Что ей не нравится моя прическа или бледность, например». В таком случае ваша эмоция соответствует фактам, функциональна и эффективна. Лучше выразить ее также функционально и эффективно, чтобы партнер понимал, как вам это не нравится и постарался так больше не делать.

Важно понять какие эмоции бывают. Выделять их можно бесконечное множество. Моя знакомая психолог-гештальтистка как-то мне дала список из эмоций – полностью исписанный лист А4. Такое большое количество может быть полезным, чтобы научиться распознавать нюансы эмоций. Но с практической точки зрения можно обойтись меньшим количеством с целью эмоциональной регуляции. Также в фундаментальных науках, не направленных на работу с клиентами, может использоваться своя классификация. Но она не очень удобна в повседневной жизни, поэтому я не буду на этом останавливаться.

Представляю список и характеристику эмоций, обобщенный из различных направлений КБТ.

– печаль

- тревога
- вина
- стыд
- обида
- зависть
- ревность
- отвращение
- гнев
- радость
- любовь

Для простоты все эти эмоции можно разделить на функциональные и дисфункциональные или здоровые и нездоровые. Каждая из этих эмоций может быть здоровой и нездоровой. Да-да, вопреки распространенному мнению, даже гнев и ревность могут здоровыми эмоциями, а любовь – нет.

Здоровая эмоция помогает нам достигать собственных целей и следовать свои ценностям, «не выбивает из колеи», мотивирует и толкает вперед. Нездоровая эмоция препятствует нашим целям и ценностям, приводит к слишком сильному страданию и демотивирует. Но основное, почему **можно отличить здоровую эмоцию от нездоровой, – это убеждения, которые привели к ее возникновению.**

Конечно, это условная модель. Но она очень удобна и эффективна. По крайней мере, она близко отражает реальность и работает.

Перейдем к описанию эмоций. Очень трудно описать эмоцию саму по себе, как она ощущается. Также как трудно передать словами ощущение тошноты или боли. Эмоцию можно описать сопровождающими ее физическими ощущениями, мыслями, поведением и провоцирующей ситуацией. Описание важно, чтобы мы могли понять, что мы чувствуем и могли предпринять соответствующие необходимые действия: решить проблему или изменить свое отношение к ней. Также я сразу укажу убеждения, которые отличают здоровую эмоцию от нездоровой. Это разделение на здоровые и нездоровые эмоции используется в РЭПТ Альберта Эллиса, в когнитивной терапии Бека эмоции так не делятся, а оцениваются в степени выраженности от 0 до 10 или в процентах, где 0 или 0 % отсутствие эмоции, а 10 или 100 % как сила эмоции, какую только можно представить. В когнитивной терапии Бека считается, что если эмоция 20–30 %, то она не слишком мешает. В диалектико-поведенческой терапии считается, что силу эмоции нужно проверить на соответствие фактам. Она может им более или менее соответствовать, от чего зависит ее функциональность. Например, если маленький ребенок уронил платочек, то вряд ли яростный гнев, сопровождающийся поркой ребенка, соответствует фактам.

Необязательно постоянно мониторить себя на предмет того, здоровая ли эмоция, какая у нее интенсивность и соответствует ли она фактам. Это нужно делать, если из-за этой эмоции вы страдаете или возникают проблемы.

Очень важно помнить, что все люди испытывают здоровые и нездоровые эмоции и что от нездоровых совсем избавиться не получится. Но можно научиться лучше управлять своими чувствами. Когда нездоровых эмоций становится слишком много, они слишком интенсивные и длительные, тогда только можно предположить психическое расстройство. На самом деле термин «здоровая» эмоция не очень удачен, речь не идет о здоровье в медицинском смысле слова, а скорее о функциональности, соответствии целям и ценностям. Когда я употребляю слово «здоровый», то имею в виду именно это.

Печаль

«Меня тоска берет, когда Варнава с утра заявляет, что идет в Замок. И поход этот, вероятно, никому не нужен, и день, вероятно, будет потерян, и все надежды, наверно, напрасны. К чему все это?». (*Франц Кафка «Замок»*)

Она же тоска, грусть, уныние, безысходность, подавленность, «депрессия». Эти слова обозначают разные оттенки и силу выраженности этого чувства. Внешне проявляется опущенными плечами, слезами, малоподвижностью, заторможенностью. Физически может ощущаться как боль или тяжесть в груди. Возникает в ситуациях утраты, потери. Сопровождается мыслями о негативных последствиях события. В случае нездоровой печали, которую можно назвать подавленностью, тоской или отчаянием, существуют, например, такие убеждения: «Этого не должно было произойти, чтобы мой ребенок умер. Я несчастный человек, раз такое случилось. Мир зло, раз в нем умирают дети. Как можно такое пережить!». Такие убеждения приведут к нездоровой тоске и никак не помогут пережить ситуацию.

За здоровой грустью скрывались бы следующие убеждения: «Мне очень, очень, очень не хочется, чтобы так было, но так бывает, что дети умирают. Это не делает меня несчастным абсолютно. У меня есть другие дети, жена. Есть я сам в конце концов. Я просто несовершенный человек, как и другие люди. В мире много чего плохого, но и хорошего не меньше. Я не первый с кем такое случилось, другие люди смогли это пережить. Смерть ребенка меня не убьет. Если что меня и убьет, так это только убеждение, что я не смогу этого пережить. Я ничем не помогу своему ребенку и себе, если буду требовать от себя и мира чего-то и их обесценивать».

Тревога

«Недели две, три он прожил, чувствуя, что в нём ходит, раскачивает его волна тёмного страха, угрожая ежедневно новой, неведомой бедою. Вот сейчас откроется дверь, влезет Тихон и скажет: «Ну, я, конечно, знаю...» (*М. Горький «Дело Артамоновых»*)

Она же страх, беспокойство, тревожность, нервозность, паника, ужас. В отечественной психиатрической литературе можно встретить разделение на страх и тревогу. Что якобы страх предметен, а тревога нет. Но это не имеет практического значения. В современной литературе такое разграничение обычно не проводится. Физиологически проявляется дрожью, мышечным напряжением, сердцебиением и одышкой, потливостью и даже желудочно-кишечными проявлениями типа жидкого стула или урчания. В поведении выглядит как замирание, подергивания, резкая и суетливая двигательная активность. Вызывается ситуациями, когда нам угрожает какая-то опасность. Здоровая тревога помогает избегать опасностей, а **нездоровая – приводит к суете и панике и только усугубляет проблему.**

Нездоровая тревога, которую можно назвать паникой или ужасом сопровождается примерно такими убеждениями: «Это ужасно, если меня уволят. Я не перенесу этого. Я неудачник, если такое случится. Мир несправедлив. Этого не должно произойти, ведь я так хорошо работал».

Здоровая тревога, которую скорее можно назвать беспокойством, будет сопровождаться такими убеждениями: «Это плохо, что меня могут уволить. Очень плохо. Но не ужасно. Бывают вещи и похуже.

Да и свои плюсы есть в том, что уволят. Это не делает меня неудачником, просто я могу потерпеть неудачу. У этого были свои причины. Начальник хочет взять на работу своего друга. В мире происходят несправедливые вещи, но не только же они происходят. Лучше я подумаю, как остаться на этой работе или поискать новую. Хотя все это мне чертовски не нравится и не хочется».

Вина

«Помилуй меня, Боже, по великой милости Твоей, и по множеству щедрот Твоих очисти беззакония мои. Многократно омой меня от беззакония моего, и от греха моего очисти меня. Ибо беззакония мои я сознаю, и грех мой всегда предо мною». (*Псалом 50 царя Давида*)

Возникает в ситуациях, когда мы причинили кому-либо, в том числе и себе, вред или нарушаем наш моральный кодекс. По внешним проявлениям схожа с грустью. Но внешне выражается еще, например, в склонении тела или головы, вздохами. Есть побуждение извиниться, загладить вину. Нездоровая вина сопровождается следующими иррациональными идеями: «Я не должен был изменять своей жене, потому что это причиняет ей боль и аморально. **Я мерзкий**».

Здоровая вина, а точнее сожаление или раскаяние, возникает, когда мы думаем рационально: «Я не хочу причинять боль своей жене и идти вразрез своим моральным ценностям, но, к сожалению, такое может происходить. Это не значит, что мой поступок морален или оправдан. Я раскаиваюсь и сожалею. Он очень плох. Но от того, что я буду себя обвинять, никому лучше не станет. Я разберусь в причинах этого события и сделаю все возможное, чтобы оно не повторилось. Я всего лишь человек, который совершил плохой поступок, но не плохой человек».

Здоровое чувство вины помогает избегать причинять вред себе и другим, следовать своим моральным ценностям, в отличие от нездоровой, которая просто **нас загоняет палками требований и обесцениваний в ад самобичевания, но ни к чему полезному не приводит**.

Стыд

«Он сгорал стыдом и от своего бессовестного торчания в усадьбе. Завтра же надо исчезнуть, бежать в Москву, скрыться от всех с этим позорным несчастьем обманутой дачной любви, столь явным даже для прислуги в доме!». (*Иван Бунин «Зойка и Валерия»*)

Часто путают с виной. Но стыд возникает в ситуациях возможного или реального социального отвержения, публичного порицания, реального, возможного или воображаемого. То есть для стыда нужен свидетель, пусть и воображаемый. А вина возникает независимо от того, есть свидетели или нет. Стыд во многом похож внешне на проявление печали или вины. Опущенные глаза, поникшее тело, слезы, но при этом еще может быть покраснение кожи, стремление спрятаться, стать незаметнее.

Здоровый стыд помогает скрыть то, за что нас правда могут отвергнуть значимые люди и избежать совершения таких действий в будущем. Нездоровый же приводит к социальному избеганию и парализует нашу активность вообще, не только в этих действиях.

За нездоровым стыдом скрываются такие идеи: «Я не должна была так много пить и терять контроль, танцевать на столе. Я руководитель компании. Мать и жена. Позор, это ужасно. Я ненормальная». В такой ситуации можно испытывать и здоровый стыд, если придерживаться следующих мыслей: «Очень жаль, что такое произошло. Я бы не хотела этого. Напиться и терять контроль. Это плохо, что так произошло, но не ужасно, так как не является худшим на свете. Несмотря на мою должность и семейный статус, я прежде всего несовершенное человеческое существо, которое может совершать различные ошибки, в том числе и напиться. Как будто матери и руководители от этого застрахованы! Нет, конечно. Я не становлюсь слабой от этого. Я много чего сделала такого, что никак не вписывается в образ «слабой». Я могу вести себя ненормально. В следующий раз не буду пить на голодный желудок».

Обида

«Почему-то Сашка особенно оскорбился за этого «Исусика». Чёрт возьми совсем, где-то ты, Александр Иванович, уважаемый человек, а тут... Но он даже не успел и подумать-то так – обида толкнулась в грудь, как кулаком дали... Сашку затрясло. Может, оттого он так остро

почувствовал в то утро обиду, что последнее время наладился жить хорошо, мирно, забыл даже когда и выпивал... И оттого ещё, что держал в руке маленькую родную руку дочери... Это при дочери его так! Но он не знал, что делать». (В. Шукшин, «Обида»)

Вас не позвали не день рождения. Друг не позвал. В такой ситуации, когда с вами поступили несправедливо, чувство обиды закономерно. Вы хмуритесь, думаете о несправедливости. Внешнее проявление похоже на грусть или гнев. В случае нездоровой обиды вы думаете: «Ну как же это произошло. Этого не должно было произойти. Мы же с ним с детства лучшие друзья. Он меня не любит. Меня никто не любит. Я ничтожество. Он козел». Под влиянием нездоровой обиды вы или наговорите лишнего другу, или совсем замкнетесь. Здоровая обида поможет вам выяснить, что случилось и почему так произошло и принять решение как строить с ним отношения. В случае переживания здоровой обиды вы думаете примерно так: «очень и очень жаль, что он так поступил. Но у этого есть какие-то причины, пусть мне это и не нравится. Даже если он меня не любит больше, что не факт, то все равно это не может сделать меня ничтожеством, а его козлом».

Зависть

«Им овладела ужасная зависть, зависть до бешенства. Желчь проступала у него на лице, когда он видел произведение, носившее печать таланта. Он скрежетал зубами и пожирал его взором василиска». (Н. В. Гоголь «Портрет»)

Для зависти у нас много причин. Социальные сети каждый показывают нам, как классно выглядит наш друг, куда он поехал отдыхать и другие его успехи. Вполне нормально, что мы испытываем зависть в таких случаях. **Здоровая зависть помогает нам достичь того, чего мы хотим.** Мы не завидуем тому, чего сами бы не хотели. Если вы думаете: «Мне хочется тоже 1500 лайков под постом, но это не значит, что они у меня должны быть, как и у Маши, и что у нее их быть не должно», то ваша зависть вполне здорова и поможет вам получить эти лайки или смириться с их отсутствием.

В случае нездоровой зависти вы будете говорить: «С какого у нее столько лайков? Это у меня, а не у нее, они должны быть». Такое мышление способствует тому, чтобы пассивно ожидать, когда лайки у вас появятся, а у нее исчезнут, но никак не тому, чтобы предпринять результативные действия или отказаться от идеи добиться столько лайков и не мучаться.

Ревность

«Ревнив я, как собака! Каюсь тебе, как другу моему... Ревность меня одолела! Женился я, сам знаешь, на молоденькой, на красавице... каждый за ней ухаживает, то есть, может быть, на нее никто и глядеть не хочет, но мне все кажется... Слепой курице, знаешь, все пшеница. Всякого шага боюсь... Намедни ты после обеда ей руку пожал только, а мне уж все показалось... ножом пырнуть тебя захотелось...» (А. П. Чехов «Говорить или молчать»)

Я подробнее говорю о ней в главе о любви. **Возникает в ситуациях, когда есть угроза значимым отношениям со стороны других.** Ваш парень много общается с коллегой на работе. Здоровая ревность способствует сохранению отношений. Вы думаете: «Мне это не нравится. Я не хочу его терять. Я не хочу, чтобы это происходило».

Такие мысли помогут разобраться с проблемой и найти решение. Может быть, их общение не стоит вмешательства, может быть, он может перестать с ней общаться, а может вам нужно предпринять какие-то действия для улучшения отношений. Но если вы начнете говорить: «Этого не должно происходить!!! Это ужасно! Он общается с какой-то бабой на работе!»

В таком случае вы начнете преувеличивать масштаб проблемы, можете импульсивно совершить необдуманные поступки, которые только ухудшат ваши отношения. Например, начнете проверять переписку, следить за ним и навязчиво требовать прекращения общения с коллегой.

Отвращение

«Ромашов стоял, глядел искоса на Петерсон и думал с отвращением: «О, какая она противная!». И от мысли о прежней физической близости с этой женщиной у него было такое ощущение, точно он не мылся несколько месяцев и не переменил белья». (А. И. Куприн, «Поединок»)

Чувство отвращения возникает в ситуациях, когда происходит что-то неприемлемое для нас. Оно сопровождается внешне гримасой, брезгливым выражением лица, стремлением отодвинуться, отойти. Может быть полезным, чтобы избежать того, что противоречит нашим ценностям и желаниям. **Но может вредить, если заставляет нас отворачиваться от чего-то важного и ценного для нас.**

Как в и других случаях, важно выяснить помогает ли вам эта эмоция следовать своим ценностям и целям. Если нет, то она не является здоровой. В таком случае спросите себя, что вы требуете, кого обесцениваете, что считаете невыносимым и ужасным.

Например, вы слышите о Наталье Поклонской, депутате, поклоннице Николая II. Вы слышите, что она предлагает запретить фильм, в котором, по ее мнению, оскорблен этот царь. Вы придерживаетесь других взглядов и у вас вызывает отвращение такое поведение. В случае здорового отвращения вы будете думать: «Мне отвратителен этот поступок. Но это не делает ее отвратительным человеком. Это очень плохо – то, что она предлагает. Но что в этом ужасного? Смерть детей в Кемерово куда хуже, например. Мне не нравится эта идея, но это не значит, что она не должна ее продвигать. У нее свои взгляды. Я могу это пережить. Я могу что-то сделать, чтобы ей помешать». Это отвращение поможет вам успешно отстоять свои цели, не впадая в деструктивную эмоциональную реакцию.

Но можно бессмысленно страдать и ничего не изменить, если думать иррационально: «Она не должна так говорить! Как она смеет! Это невозможно! Это невыносимо! Она отвратительна!». Такие убеждения приведут к разрушительному страданию и никак не помогут изменить то, что вам не нравится. Возможно, что на кратковременный срок они дадут запал к активным, но не эффективным действиям, а потом вновь к «параличу». Это то, почему, кстати говоря, может возникать эмоциональное выгорание у гражданских активистов. Основанная на требовании активность быстро истощается, а здорового желания перемен может не наступить и наступает период бездействия.

Гнев

«Брат Дмитрий слушал молча, глядел в упор со страшною неподвижностью, но Алеше ясно было, что он уже все понял, осмыслил весь факт. Но лицо его, чем дальше подвигался рассказ, становилось не то что мрачным, а как бы грозным. Он нахмурил брови, стиснул зубы, неподвижный взгляд его стал как бы еще неподвижнее, упорнее, ужаснее...» (Ф. М. Достоевский «Братья Карамазовы»)

Его также можно назвать раздражением, яростью, бешенством, досадой.

Проявляется внешне напряженным телом, сжатыми кулаками, стремление разрушить или повредить. **Физиологически сопровождается учащенным дыханием и сердцебиением, побуждением действовать.** Он связан с мыслями о том, что кто-то повел себя неправильно, что какая-то ситуация неправильная. Нездоровый гнев сопровождается такими идеями: «Он не должен был ни в коем случае так поступать. Это немыслимо и недопустимо. Он конченная мразь!». В случае здорового гнева, который можно назвать недовольством или раздражением, мы думаем: «Мне не нравится, что Максим оскорбил меня. Это неправильно, но это не значит, что он не должен был так делать и что он конченная мразь».

Любовь

«...увидела она, что ее тянет к черному ласковому парню... по праздникам и в будни стала тщательней наряжаться, обманывая себя, норовила почаще попадаться ему на глаза. Тепло и приятно ей было, когда черные Гришкины глаза ласкали ее тяжело и иступленно. На заре, просыпаясь доить коров, она улыбалась и, еще не сознавая отчего, вспоминала: «Нынче что-то есть радостное. Что же? Григорий... Гриша...» (Михаил Шолохов «Тихий Дон»)

Любви как феномену посвящена отдельная глава. Как чувство любовь также может быть здоровой и не здоровой. **Здоровая любовь улучшает нашу жизнь, помогает следовать целям и ценностям**, мотивирует развиваться. Нездоровая любовь разрушительно действует на наши цели и ценности. Вообще любовь – это реакция на наше восприятие человека как нужного нам, приятного, ценного, хорошего.

Хочу подчеркнуть, что речь идет именно о здоровом или нездоровом чувстве любви, а не об отношениях или партнере. Ваше чувство может быть здоровым, а у партнера – нет, а в отношениях могут быть проблемы, несмотря на наличие здоровых чувств».

«Я хочу быть с этим человеком. Хочу, чтобы мне становилось лучше от общения с ним, а ему со мной. Мне с ним хорошо, отношения с ним делают мою жизнь лучше», – так мы думаем, когда испытываем здоровую любовь. Это позволяет нам видеть наши и возлюбленного, возможности и ограничения, не быть фанатичными и требовательными ни к себе, ни к нему. Тогда любовь становится важной, но не доминирующей частью жизни и делает жизнь лучше, не разрушая другие ее сферы.

Но мы можем превращать наше желание в требование: «Я должен быть с ней. Она должна быть со мной в любом случае. Иначе я не переживу этого. Это ужасно – быть без нее. Я тогда ничего не стою, и моя жизнь тоже. А она глупая и сумасшедшая, раз не понимает, что нам надо быть вместе. Да и этот мир ничего не стоит, если я не буду с ней». В таком случае мы начнем навязчиво писать сообщения, требовать взаимности и уделять чрезмерно много внимания этим отношениям, что их и может разрушить.

Радость

«Мои фантазии облечены удивительной, плотной дымкой, сотканной из света и красок; я едва успеваю удивляться своим удачам и говорю себе, что лучше этого еще ничего не читал. Счастье пьянит меня, радость пылает в моей душе, я торжествую победу...» (Кнут Гамсун «Голод»)

Как ни странно, и она может быть нездоровой. **Любая радость возникает, когда мы получили то, чего хотели**. Например, вы успешно сдали экзамен и думаете: «Я суперкрут. Я обречен на успех. Он со мной будет всегда. А сданный экзамен – самое главное событие в моей жизни». Эти иррациональные мысли приведут к мешающей, нездоровой радости, которая вас расслабит и демотивирует. Будет лучше, если вы скажете себе: «Это крутое событие. У меня получилось это сделать. Но это не самое главное в моей жизни. Это не значит, что я обречен на успех. Если я хочу его сохранить, мне важно будет трудиться над этим. Хотя и это не гарантирует мне успеха». Такие идеи помогут вам порадоваться достижению и двигаться дальше.

● Глава пятая

«Меньше думать надо!» Что заставляет нас расстраиваться?

С точки зрения когнитивно-поведенческой терапии, эмоции сами по себе не существуют. Иногда нам кажется, что эмоция возникла сама по себе. Но вы всегда можете обнаружить событие, которое его спровоцировало и мысли, сопровождающие эмоцию. Так уж устроен наш мозг. Он считывает информацию, затем ее интерпретирует, а потом мы переживаем эмоцию и ведем себя определенным образом.

Когда я только начал интересоваться когнитивной терапией, и увлеченно о ней рассказывал всем вокруг, то одна моя знакомая сказала мне, что когнитивная модель эмоций – полная ерунда. Она утверждала, что летом у нее беспричинно портится настроение. В процессе разговора выяснилось, что она чувствует грусть, когда видит солнечные лучи. Они сразу вызывают в ней мысли о том, что лето проходит зря, что она не гуляет, а сидит дома и готовится к экзаменам.

Можно допустить, что эмоция может возникнуть до того, как мы начали что-либо думать, например, под воздействием наркотиков. Но она немедленно начнет сопровождаться мыслями и если мысли будут ей соответствовать, то эмоция сохранится и усилится, а если мысли будут ей противоположны, то ослабнет и исчезнет.

Невозможно испытывать негативное чувство и при этом иметь позитивные и радостные мысли, как и наоборот, невозможно радоваться, думая негативно.

Выделяют следующие основные когнитивные процессы (мысли, воспоминания, фантазии, образы, убеждения), имеющие значения в когнитивной терапии Бека:

1) автоматические мысли

Это самый поверхностный уровень когнитивных процессов. Они могут не осознаваться в полной мере, часто мимолетны и обрывочны, возникают произвольно. Эти мысли могут отражать реальность верно или неверно в различной степени. Могут быть функциональными, то есть полезными, или дисфункциональными (мешающими), в зависимости от соответствия целям и ценностям личности. Также они могут быть «холодными», то есть без выраженного эмоционального сопровождения. Например, «сегодня я плохо себя чувствую». Также они могут быть «горячими» и сопровождаться выраженной эмоциональной реакцией. Например, «это ужасно, я ничего не успеваю!».

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.