

ЖАК ВАН РИЛЛАЕР

# Когнитивно-поведенческие терапии: научная психология на службе человеку

В значительной степени индивид является творцом своей судьбы. Он зачастую способен действовать на основе воздействующих на него переменных.

Б. Скиннер<sup>2</sup>

На протяжении XX века психоанализ был главным ориентиром в области психотерапии. Начиная с 1950-х годов появилось много других терапий: роджерсовский *counseling*, транзакционный анализ, гештальт-терапия, эриксоновский гипноз и т. д. Сегодня одним из главных течений являются когнитивно-поведенческие терапии (КПТ), преподаваемые во всех англосаксонских, германских, а также североευропейских университетах. Эти терапии определяются как *лечение психологических проблем, основанное на научной психологии* или же как поддающиеся методической оценке процедуры, занимающиеся психологическими проблемами с помощью обучения новым видам поведения, иным образам мышления, чувства и действия. Речь не идет об одной теории или школе, созданной одним человеком, «который знает» или который «непревосходим»<sup>3</sup>: есть последователи Фрейда, Юнга, Лакана, но не говорят о последователях Вольфа или Айзенка. *КПТ являются психологическими процедурами, благоприятствующими улучшению самочув-*

<sup>2</sup> Skinner B. *Science and Human Behavior*. — N. Y.: Macmillan, 1953. P. 228.

<sup>3</sup> Лакан, президент фрейдовской школы в Париже заявлял: «Фрейд знал и дал нам это знание в терминах, если можно так сказать, нерушимых. Любой малейший прогресс терпел фиаско, если игнорировалось хоть одно из положений, которыми Фрейд установил прочерченные им пути» (*Le Séminaire XI*. — Paris: Seuil, 1973. P. 211). Жанин Шагге, президент Парижского психоаналитического общества, писала: «В отличие от того, что происходит сейчас в других научных дисциплинах, мы сталкиваемся в лице Фрейда с единственным и непревосходимым создателем» (*Chasseguet J. Freud mis à nu par ses disciples mêmes // Revue française de la psychanalyse*. — 1975. — Vol. 39. — P. 125).

ствия человека при опоре на научные знания. Это означает, что сегодняшние практики уже не те, что были пятьдесят лет назад, и нельзя предугадать, какими они станут через двадцать лет. Единственное, что будет их определять, — это стремление к научности.

Стремление к научности исходит прежде всего из желания быть как можно более результативным в помощи, оказываемой страдающим людям. Как современная медицина смогла найти благодаря использованию научного метода эффективные лекарства от большого количества болезней (за один век она увеличила продолжительность жизни от сорока до восьмидесяти лет), так же и современной психологии удастся, благодаря научным исследованиям, решить ряд серьезных психологических проблем: агорафобию, приступы паники, навязчивые расстройства, тяжелую депрессию, зависимости и т. д. Конечно, использование научной методологии не всегда производит верные знания, — ученые, кстати, избегают использовать слово «истина», которое используют и которым злоупотребляют теологи и психоаналитики, — но она все же привносит совокупность знаний, у которых больше шансов быть признанными достоверными и результативными, нежели у тех, что опираются лишь на клиническую интуицию, спекуляцию и аргументы от авторитета.

В идеале КПТ должны были бы называться «(психо)терапии научной ориентации». К несчастью, слово «наука» часто понимается неправильно: то нужно наивно верить, что эксперт обладает «истиной», то оно провоцирует сопротивление тех, кто полагает, что научный образ действий и уважительное прислушивание к человеку несовместимы. Особенно во Франции терапевт, который использует это слово, с легкостью награждается ярлыком «позитивиста» или «сциентиста», в частности от тех, кого Ж. Буврес<sup>4</sup> называет «литераторами» и которые сегодня имеют все шансы на успех в медиа.

### От психоанализа к поведенческим и когнитивным терапиям

Классическое психоаналитическое лечение состоит для лежащего на кушетке пациента в том, чтобы говорить всё, что ему приходит в голову («правило свободных ассоциаций») в течение пятидесяти минут сеанса<sup>5</sup>. Аналитик в «состоянии плавающего внимания» слушает с помощью своего собственного бессознательного. Фрейд уточняет:

Технические правила психоанализа могут сводиться к единому принципу. Эта техника очень проста [sehr einfach]. Она состоит в том, чтобы

<sup>4</sup> Bouveresse J. Prodiges et vertiges de l'analogie. De l'abus des belles-lettres dans la pensée. — Paris: Raisons d'agir, 1999.

<sup>5</sup> Узнав, что Эрнст Джонс проводит тридцатиминутные сеансы, Фрейд разозлился настолько, что сделал сеансы длиннее (см.: Freud S., Ferenczi S. Cogrespondance. — Paris: Calmann-Lévy, 2000. P. 362). Ультакороткие сеансы Лакана явились скандальной карикатурой его метода.

поддерживать состояние плавающего внимания по отношению ко всему, что мы слышим. Таким образом, мы избавляем себя от усилия внимания, которое невозможно поддерживать каждый день на протяжении нескольких часов. Аналитик полностью доверяется своей бессознательной памяти или, говоря в технических терминах, он слушает, не заботясь о том, что запомнит<sup>6</sup>.

В некоторые моменты аналитик полагает, что открывает на основании того, что говорит пациент, бессознательные смыслы. Он сообщает о своих находках, если считает это уместным. Первостепенную важность отводит «трансферу» на свою собственную личность тех чувств, которые пациент испытывает по отношению к своим родителям.

Фрейд считал, что его техника позволяет лечить то, что мы сегодня называем тревожными расстройствами (приступы паники, фобии, одержимости, мании и т. д.). Он ничего не опубликовал ни о лечении сексуальных извращений, ни о токсикомании (он сам не смог избавиться от своей зависимости от табака). Он всегда писал, что психоанализ был не в состоянии лечить психозы, которые называл «нарциссическими невротами». В 1920-е годы он пытался излечить психотического подростка Карла Либманна, которого описывал как «сверхумного параноика» и к которому, по его словам, «приложил много усилий». Он говорит об этом в своей переписке с Ференци<sup>7</sup>, но он никогда ничего не опубликовал на эту тему и не без основания: никаких позитивных результатов получено не было.

Фрейдовское лечение — это главным образом интеллектуальный демарш: анализируемый говорит, психоаналитик слушает и интерпретирует, понимание вытесненного должно лечить. Лакан еще более усугубил интеллектуализм психоанализа. Он и его ученики не переставали повторять: «Симптом полностью разрешается в языковом анализе, потому что он сам структурирован как язык, он является языком, чья речь должна быть высвобождена»<sup>8</sup>.

Насколько я знаю, можно найти два упоминания о важности *действия* в психотерапии в работах Фрейда. Прежде всего в «*Тотеме и табу*». Он пишет в последнем абзаце: «Невротик прежде всего подавляется в своем действии: у него мышление полностью заменяется действием»<sup>9</sup>. Затем в 1919 году, когда он упоминает о необходимом характере действия для лечения фобий и навязчивых расстройств:

Мы едва ли справимся с фобией, если ожидаем, что больной с помощью анализа освободится от нее. Так он никогда не даст анализу столь необходимого для убедительного разрешения фобии материала. Мы

<sup>6</sup> Советы врачу при психоаналитическом лечении. (1912). GWVIII. S. 376–378.

<sup>7</sup> См., напр., письмо от 2 августа 1927 г.

<sup>8</sup> *Lacan J. Ecrits.* — Paris: Seuil, 1966. P. 269.

<sup>9</sup> *Тотем и табу* (1913). GWIX. S. 194.

должны действовать по-другому. Возьмите, например, двух агорафобов: существуют два класса, один легкий, другой тяжелый. Первые, конечно же, должны страдать от беспокойства каждый раз, когда одни выходят на улицу, но они еще способны ходить в одиночку; другие защищаются от беспокойства, вообще отказываясь ходить в одиночестве. С последними можно добиться успеха, только если есть возможность привести их под влиянием анализа к тому, чтобы вести себя снова как страдающие фобией первого уровня, то есть *выходить на улицу и во время этой попытки бороться с беспокойством. Пассивное ожидание рекомендуется еще меньше в тяжелых случаях навязчивых действий [Zwangshandlungen]*, обычно действительно воздействующих на процесс «асимптоматического» выздоровления, на бесконечную длительность лечения, анализ которого постоянно рискует вызвать множество вещей на поверхность и ничего не изменить<sup>10</sup>.

Одним из редких психоаналитиков, серьезно отнесшихся к этой странице Фрейда, был Александр Херцберг, психиатр, бежавший из нацистской Германии в 1930-е годы. В Лондоне в начале 1940-х годов он развил те принципы, которые сегодня можно найти в КПТ: стремление внимательно наблюдать, прежде чем интерпретировать, учет влияния окружающих и телесных процессов. Его терапевтический подход претендовал на многомерность: он затрагивал совокупность переменных, которые, как предполагалось, способствовали расстройству. Самой оригинальной его техникой было программирование специфических задач нарастающей сложности, позволяющее экспериментировать с новыми типами поведения, чтобы устранить другие. Например, ставить себя в ситуации, внушающие страх, не говорить более о своих расстройствах с близкими, создавать новые источники удовлетворения. Все эти меры считались основными для лечения и для предотвращения рецидива. Херцберг писал: «Активная психотерапия — это сочетание, или, скорее, интеграция психоанализа, убеждения, усилий с целью прямого влияния на среду пациента. Основным образом действий в этой интеграции являются задачи. Функции трех других факторов состоят, главным образом, но не целиком, в подготовке к их выполнению»<sup>11</sup>.

Херцберг выбрал активный, даже направляющий стиль. Он убедился в том, что побуждение пациента к постепенной безбоязненной встрече с ситуациями, вызывающими тревогу, давало значительно лучшие результаты, чем «лечение словом». Он наблюдал удовлетворительное улучшение, в среднем, после двадцати сеансов<sup>12</sup>.

<sup>10</sup> Пути психоаналитической терапии (1919). GWXII. S. 191.

<sup>11</sup> Herzberg A. Active Psychotherapy. — London: Routledge, 1945. P. 5.

<sup>12</sup> Herzberg A. Short treatment of neuroses by graduated tasks // British Journal of Medical Psychology. — 1941. — Vol. 19; Eysenck H. Rebel with a Cause. The Autobiography of Hans Eysenck. — New Brunswick: Transaction Publishers, 1997. P. 132–136; Van Rillaer J. Alexan-

## Пионеры поведенческих терапий

Херцберг скоропостижно умер в 1945 году. В конце 1950-х годов в Лондонском университете Ганс Айзенк, психолог-клиницист, также бежавший из нацистской Германии, пытается разработать форму психотерапии, основанную на научной психологии. Тогда он вспоминает о докладах Херцберга и черпает в них идеи для лечения фобий посредством постепенной конфронтации с объектом страха. Вместе с коллегами и сотрудниками (Бич, Мейер, Шапиро, Йетс) он проводит испытания, увенчивающиеся удивительным успехом. В заглавии его первой книги упоминается «поведенческая терапия»<sup>13</sup>. Он определяет ее как использование современной теории обучения для объяснения и лечения психологических расстройств. Книга объединяет тридцать шесть публикаций о психотерапиях, проводимых в рамках научной психологии. Исследуются фобии, навязчивые состояния, мании, тики, заикание, ночной энурез, соматические преобразования и т.д. Предлагаются самые разнообразные техники.

Нельзя сказать, что Айзенк (или Херцберг) является создателем КПТ. В отличие от других форм психотерапии, КПТ не являются *произведением одного отца-основателя*. Они появились независимо друг от друга на свет в разных уголках планеты в течение одного и того же десятилетия, в 1950-е годы, когда научная психология достигла значительных успехов. Параллельно с Айзенком южно-африканский психиатр Джозеф Вольп экспериментирует исходя из тех же принципов. В начале, как и большинство его собратьев, он практиковал психоанализ. Его встречи с американским психологом-эксперименталистом Лео Рейна и эпистемологом Карлом Поппером во время академического отпуска в Калифорнийском университете приводят его к сомнению в психоанализе. Затем он решительно обращается к научной психологии. В 1950-е годы он разрабатывает лечение фобий посредством «систематической десенсибилизации»<sup>14</sup>. Эта терапия состоит в том, чтобы заставить научиться поведению, редуцирующему тревожность (а именно быстрое снижение мышечного тонуса и дыхательного ритма), и помочь человеку поэтапно справляться с возникающей тревогой. Ниже мы проиллюстрируем эту процедуру на примере лечения фобии пауков.

der Herzberg. Un ancêtre méconnu de la thérapie comportementale // Journal de thérapie comportementale et cognitive. –1999. – Vol. 9.

<sup>13</sup> Eysenck H. Behavior Therapy and the Neuroses. – London: Pergamon, 1960.

<sup>14</sup> Wolpe J. Reciprocal Inhibition as the Main Basis of Psychotherapeutic Effects (1954) // H. Eysenck (ed.). Behaviour Therapy and the Neuroses. – Oxford: Pergamon, 1960. Некоторые авторы отсчитывают историю поведенческих терапий от публикации в 1958 г. книги Вольпа «*Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*», Stanford UP. Выражение «behavior therapy» появляется впервые в 1953 г. в отчете Скиннера и др. по заказу Metropolitan State Hospital. Оно было использовано Арнольдом Лазарусом в статье в малотиражном «*South African Medical Journal*» и популяризовано Айзенком начиная с 1960 г.

Другой важный пионер — Буррус Ф. Скиннер. Этот психолог-эксперименталист из Гарвардского университета пришел к выводу о неэффективности фрейдовского лечения при серьезных проблемах. Когда он работал ассистентом Боринга, тот безуспешно проходил психоанализ под руководством Ганса Сакса, являвшегося одним из шести членов «Секретного комитета», в чью задачу входило следить за ортодоксальностью фрейдовской доктрины. После 168 сеансов Боринг прекратил лечение, которое ему ни в чем не помогло выбраться из тяжелой депрессии и совладать с навязчивыми состояниями<sup>15</sup>. В то время как психоанализ считался в США основной психотерапией, Скиннер быстро понял его научную несостоятельность и неэффективность<sup>16</sup>. Скиннер блестяще продемонстрировал, как поведение определяется производимыми им последствиями (нами уже испытанными либо теми, которые мы воображаем и которые наблюдаем у других). Формула, подытоживающая его первые работы выглядит следующим образом: «С—О—П»: ситуация (или стимулы) провоцирует ответ (например, в виде поведения), влекущий за собой последствия, которые действуют с обратной силой на то, как мы прореагируем в будущем на подобный тип ситуаций. В течение двадцати лет Скиннер проводил опыты в лаборатории, главным образом на грызунах и голубях. Начиная с 1950-х годов он посвятил себя главным образом изучению «внутренних» видов поведения: внутренней речи, ментальной визуализации, решению проблемы, управлению собой и т. д.

В течение 1960-х годов ученики Скиннера разработали программы по изменению поведения, нацеленные конкретно на сокращение избыточного питания, на результативность обучения у студентов, на улучшение супружеских отношений<sup>17</sup>. Один из принципов анализа проблематичного поведения заключался в том, чтобы представить его как поведение, обусловленное его последствиями (различными видами удовлетворения, уменьшением страданий или избавлением от них) и производимое за неимением более адекватного поведения. Соответственно, одним из принципов модификации поведения было изменение окружающих условий и помощь человеку в развитии более удовлетворительного образа мышления и действия.

<sup>15</sup> *Boring E.* Was this analysis a success? // *Journal of Abnormal and Social Psychology.* — 1940. — Vol. 35. Перепечатано в *Critical Essays on Psychoanalysis* / S. Rachman (ed.). — N. Y.: Macmillan, 1963.

<sup>16</sup> *Skinner B.* A critique of psychoanalytic concepts and theories // *Scientific Monthly.* — 1954. — Vol. 79.

<sup>17</sup> Многие из этих программ были переизданы в *Behavior Change through Self-Control* / M. Goldfried, M. Merbaum (eds). — N. Y.: Holt Rinehart & Winston, 1973. Во введении составители объясняют, что высшая цель поведенческой терапии состоит в том, чтобы обеспечить клиента ресурсами, которые позволят ему самому столкнуться лицом к лицу с экзистенциальными проблемами.

Пионеры поведенческих терапий никоим образом не пренебрегали эмоциями (первые курсы лечения были нацелены на устранение излишнего страха) или актами познания (начиная с 1954 года Вольп использовал ментальную визуализацию в ситуациях, порождающих тревогу). Однако их внимание было приковано к внешним стимулам, действиям и их наблюдаемым следствиям.

### Когнитивные терапии

Независимо от бихевиористской терапии версии 1960-х годов, параллельно развивалась терапия «когнитивная». Здесь инициатива принадлежит главным образом Альберту Эллису и Аарону Беку, двум американским психоаналитикам, неудовлетворенным недостаточной научностью фрейдизма и его слабой результативностью. Они развили идею о том, что когда психологические проблемы серьезны, недостаточно, чтобы пациент говорил, вспоминал и выражал эмоции, пока терапевт слушает, анализирует и сообщает «глубокие» интерпретации. По их мнению, необходимо обнаружить схемы мышления и дисфункциональных убеждений с целью их *активного* и *методичного* преобразования.

В течение 1970-х годов два эти течения объединились в то, что называется «когнитивно-поведенческие терапии» (КПТ). Использование единственного числа ставит акцент на общем знаменателе процедур, множественное же число выдвигает на передний план их разнообразие.

Познавательный акт (*cognition*): ключевое слово современной психологии

**В**ыражение *познавательный акт* обозначает либо ментальную операцию (перцептивная активность, припоминание, поведение по решению проблемы и т. д.), либо познавательные содержания, которые из нее вытекают (воспринятые элементы, воспоминания, решения проблем и т. д.). Обычно мы не осознаем процессы, посредством которых воспринимаем, интерпретируем, строим свои мысли и совсем не смотрим со стороны на производимые нами познавательные акты. Многие из наших действий, чтобы быть быстрыми и эффективными, предполагают помещение в скоб-

ки широких пластов познавательных актов, позволивших обучиться им. Однако в сотнях обстоятельств (в частности, во всех случаях психологических расстройств) очень полезно наблюдать и анализировать когнитивные процессы с тем, чтобы лучше их понять.

*Когнитивная психология* — это сектор научной психологии, нацеленный на изучение познавательных процессов: перцепции, категоризации, запоминания, причинно-следственных распределений, ментальной визуализации, вербального поведения, разрешения проблем и т. д. Исход-

Выражение *thérapies cognitivo-comportementales* утвердилось во Франции, одной из тех западных стран, в которых отторжение бихевиоризма было наиболее сильным и где бихевиористы должны постоянно напоминать, что они, конечно же, всегда принимают во внимание и познавательное, и аффективное измерения. В других странах, например, в Нидерландах, практики определяют себя просто как бихевиористы, используя слово «поведение» в широком смысле и, естественно, включая в него самые различные аспекты.

Вначале когнитивные бихевиористы старались решить лишь некоторые поведенческие проблемы. Они заняли противоположную позицию по отношению к психоаналитикам и «неавторитарным» психотерапевтам, считавшим, что занимаются «глубинными» проблемами или проблемами «личности», но беспомощным, когда их пациенты прямо просили их помочь устранить особо неприятные типы поведения. Начиная с 1970-х годов бихевиористы сменили цель: вместо того чтобы искать для своих пациентов конкретные решения специфических проблем, они взялись за обучение их полезным стратегиям, которые могут быть использованы автономно в широком спектре случаев. Тема управления собой стала центральной<sup>18</sup>.

<sup>18</sup> См., напр., *Van Rillaer J. La Gestion de soi.* — Liège: Mardaga, 1992, 2000.

ная точка этих исследований восходит к рождению экспериментальной психологии: в конце XIX века Вундт проводил опыты с перцептивными иллюзиями, Эббингхаус — с памятью. Начиная с 1960-х годов, интерес к когнитивным процессам значительно возрос\*.

Выражение *когнитивная терапия* было предложено Беком в начале 1960-х годов для обозначения психотерапии, отводящей привилегированное место активной переделке образа мысли и пытающейся ответить на вопрос о требованиях научности (методологическое изучение

когнитивных схем, систематические исследования последствий вмешательства). До 1980-х годов существовало очень мало обменов между исследователями в области когнитивной психологии и теми, кто практикует КПТ. Сегодня их взаимодействие становится все более плодотворным\*\*.

Выражение *когнитивные науки*, появившееся в США в конце 1950-х годов, обозначает совокупность междисциплинарных исследований, проводимых философами, психологами, лингвистами, невропатологами, информатиками и пр. Главный

### Когнитивно-поведенческие терапии: вывеска, вызывающая недоразумения

Начиная с 1910-х годов психологи, желавшие работать в рамках научного метода, выбрали понятие «поведение» как базовую единицу для своих наблюдений. Душа, дух, воля, бессознательное и другие ментальные категории не являются реалиями, которые можно изучать объективно. Единственные факты, на которые исследователи могут опираться и которые могут принимать за *точку отсчета* в своих теоретических построениях о бессознательных процессах или о факторах волевых действий, — это *наблюдаемое поведение* (слова, эмоциональные реакции, жесты, действия), его условия и физиологические корреляты. Наука не делается без теории, но нужно в любой момент иметь возможность опереться на эмпирические реалии. Бихевиоризм родился из отказа от «менталистских» объяснений. Одной из главных причин его зарождения явился отказ объяснить поведение не поддающимися наблюдению ментальными категориями. Поль дал пощечину своему соседу. Можно сказать, что он предпочел агрессивное поведение, но нам мало что дает объяснение, что он дал пощечину *потому, что* «в нем» есть «инстинкт агрессии» или «влечение к смерти». Можно предположить, в крайнем случае, что он это сделал, так как почувствовал влечение к агрессии, но главное в таком случае объяснить, почему он испытал именно эту тенденцию и почему, испытывая ее, он физически напал, а не среагировал по-другому, например, иро-

объект — природа мышления и знания. Когнитивная наука отводит важное место языку информации и информатической метафоре. Некоторые полагают, что когнитивная психология является их составной частью, но многие крупные ее представители, например, Нессер, остро критикуют злоупотребления информатической моделью и программами искусственного разума. Когнитивные науки очень слабо взаимодействуют с КПТ\*\*\*.

*Когнитивные нейронауки* изучают процессы мозга, делающие возможными когнитивные операции\*\*\*\*.

\* Важную роль сыграла книга *Neisser U. Cognitive Psychology.* — N. Y.: Appleton, 1967.

\*\* Ср. *Williams J. et al. Cognitive Psychology and Emotional Disorders.* — Chichester: Wiley, 2001.

\*\*\* Итоговая книга Гарднера (*Gardner H. The Mind's New Science: a History of the Cognitive Revolution.* — N. Y.: Basic Books, 1985) даже не упоминает имен Эллиса или Бека.

\*\*\*\* *The Cognitive Neurosciences / M. Gazzaniga (ed.).* — Cambridge, Mass.: MIT Press, 2009.

нически. Объяснение поведения влечет за собой изучение *шести переменных*: предшествующие стимулы, когнитивные процессы, физическое состояние (например, уровень физиологического возбуждения), аффективное состояние, поведенческий набор, ожидаемые последствия с учетом прошлого опыта. Утверждать, как Фрейд в своей последней книге, что больные не излечиваются потому, что испытывают бессознательную потребность быть больными (*Krankheitsbedürfnis*)<sup>19</sup>, значит довольствоваться псевдообъяснением того же порядка, что и «*virtus dormitiva*», поставленный Мольером для «объяснения» того, что опиум усыпляет. Джон Уотсон назвал психологию, придерживающуюся такой точки зрения, *бихевиоризмом*, несколько не отрицая важности мыслей и чувств. Он закончил свой знаменитый манифест 1913 года словами: «Когда наши методы будут лучше развиты, станет возможно заняться исследованиями более комплексных форм поведения, таких как воображение, суждение, рассуждение и изобретение. Проблемы, откладываемые пока нами в сторону, выйдут на первый план, но будут рассматриваться с нового угла зрения и в рамках более конкретных диспозитивов»<sup>20</sup>.

Когда Эллис и Бек развили свою «когнитивную» терапию, они использовали слово «поведение» в узком смысле. Вскоре их результаты объединились с достижениями первых бихевиористов, тогда и распространилось выражение «когнитивно-поведенческий». Оно, однако, не вполне приемлемо. Его неудобство в том, что оно обходит молчанием научный характер КПТ. Оно выдвигает на первый план две

<sup>19</sup> Фрейд З. Очерк психоанализа (1938). *GW* XVII. S. 105.

<sup>20</sup> Watson J. Psychology as the behaviorist views it // *Psychological Review*. –1913. –Vol. 20.

Поведение – слово, часто непонимаемое и осуждаемое.

Слово «поведение» имеет у психологов два значения. В узком смысле оно означает явное, непосредственно наблюдаемое действие, отличающееся от «внутренних» психических феноменов (познавательных актов и аффектов). В широком смысле оно обозначает любую осмысленную деятельность, прямо или косвенно наблюдаемую. Таким образом, оно имеет три составляющих:

- когнитивную (перцепция, восприятие, размышление и т. д.);

- аффективную (удовольствие, страдание, безразличие);
- моторную (действие, телесное выражение).

Не считая элементарных рефлексов, всякое поведение включает в себя эти три измерения.

- В конечном счете любой анализ поведения предполагает учета *шести переменных*:
- его трех измерений: познавательных актов, аффектов, поступков;
- предшествующих стимулов;

переменные — поведение, понимаемое в узком смысле, и познавательные акты — и обходит молчанием три других, которыми, в принципе, занимаются все терапевты этой ориентации: аффективным (или эмоциональным) измерением, физиологическими переменными (а именно активацией симпатической нервной системы, дыханием, мышечным тонусом, потреблением стимулирующих веществ) и материальным и социальным окружением, в котором определенное поведение проявляется, усиливается или ослабляется. Сложно упомянуть в одном выражении разные факторы, которые бихевиористы наблюдают, анализируют и предлагают модифицировать своим пациентам. Выражение «контекстуально-биокогнитивно-аффективно-практическая терапия» было бы правильнее, но оно абсолютно непригодно даже в форме аббревиатуры. Некоторые сегодня предпочитают выражения «эмпирически обоснованные психотерапии» или «научно доказанные терапии». Мы здесь говорим о КПТ или о бихевиоризме<sup>21</sup>, которые понимаются как синонимы.

<sup>21</sup> Излишне напоминать, что французский термин *comportementalisme* синонимичен англицизму *behaviorisme*, что знают все университетские психологи или те, кто способен читать словарь (например, *Petit Robert*). В вышеупомянутой книге Э. Рудинеско пишет: «Behaviorisme — это вариант *comportementalisme*» (Ibid. P. 95), что равносильно тому, чтобы сказать: «Скейтборд — это вариант роликовой доски». На той же странице она пишет, что «бихевиоризм часто относится к когнитивной психологии» (напомним, что когнитивная психология научно изучает когнитивные процессы). Насколько я знаю, Рудинеско — это первый автор, предлагающий такую сумасбродную классификацию. Всё там же она заявляет, что «когнитивная психология претендует на научность, полагая, что от мозга зависит не только производство мыс-

- сознательно или нет предвосхищенных последствий и состояния организма\*.

\* Э. Рудинеско утверждает, что «бихевиоризм опирается на идею, будто человеческое поведение следует принципу стимул — реакция (S—R)» (*Roudinesco E. Pourquoi la psychanalyse?* — Paris: Fayard. P. 95). Действительно, в 1910-х гг. Уотсон настаивал на важности соотношения с наблюдаемым поведением и стимулами, его провоцирующими. Однако начиная с 1923 г. Толман, один из видней-

ших бихевиористов, показал, что для понимания поведения необходимо учитывать его «ожидания», а не только то, что ему предшествует. С 1931 г. Скиннер объяснял необходимость «третьих переменных» для осознания изменчивости отношения стимул — реакция. Сегодня бихевиористы учитывают не менее шести переменных. Сказать, что бихевиоризм объясняет все через формулу S—R, равнозначно тому, что сказать, что психоанализ объясняет все через либидо.

Отметим также, что слово «терапия» часто предпочтительнее «психотерапии», поскольку приставка психо- отсылает к душе (psukhê). Бихевиоризм работает не с душой, а с поведением, другими словами, с мыслями, эмоциями, поступками, с физическим и социальным окружением и, если нужно, с организмом.

### **Как действуют когнитивно-поведенческие терапевты?**

Укорененность КПТ в научной психологии влечет за собой непрерывную эволюцию как на уровне процедур, так и на уровне теоретических ориентиров. Терапевты адаптируют свою практику в соответствии с проблемами, которыми занимаются, своим личным опытом и знанием научных исследований. Однако, если отвлечься от их особенностей, все они, в принципе, характеризуются специфической целью (существенно модифицировать образ мышления, эмоциональные реакции и образ действия), выбором средств (только научных) и стилем взаимодействия с пациентом (его можно квалифицировать как «демократическую педагогику»).

*Цель.* Главная цель бихевиористов — научить пациентов тому, как конкретно в наблюдаемой и измеряемой форме модифицировать некоторый вид поведения. Цели изменения определяются во время диалога. Терапевт помогает пациенту сформулировать реалистичные и конкретные цели, учитывающие его самочувствие на более или менее долгий срок, и качество его взаимоотношений с другими. В некоторых случаях терапевт ограничивает свою помощь эксплицитной и четко ограниченной задачей (например, перестать постоянно проверять, выключен ли газ, закрыта ли дверь на ключ). В других случаях эффективное лечение подразумевает существенное расширение цели или целей. Так, человек, желающий освободиться от алкогольной зависимости, не может довольствоваться техникой контроля над влечением к выпивке в любое время: он должен также развить свой список «параллельных» приятных видов деятельности, научиться стратегиям лучшей регуляции тяжелых эмоций и столкновения со стрессом и т. д. *В идеале* научение идет дальше изначального списка ситуаций: оно нацелено вообще на *улучшение способности управлять собой*. В конечном счете именно *пациент всегда решает, каких целей хочет достичь и какой будет степень его вовлеченности в процесс научения*.

ли, но и сознательная и бессознательная психическая организация». На самом деле исследователи в области когнитивной психологии считают себя учеными, потому что используют научный метод для изучения когнитивных процессов. Очевидно, что недостаточно сказать, что производство мысли зависит от мозга, чтобы быть научным. Такие грубые ошибки по поводу научной психологии свидетельствуют о том невежестве, чьим объектом и жертвой она иногда становится.

*Забота о научности.* Терапевт сталкивается с комплексной реальностью. Он не находится в ситуации лабораторного исследователя, строго изучающего контролируемые переменные. Он непременно делает экстраполяции и интерпретации, оставляющие большое место субъективности. Требование научности находит свое место на четырех уровнях: 1) терапевт основывается на корпусе серьезных исследований, главным образом на работах по обучению, но также на исследованиях когнитивных, аффективных, психофизиологических и социальных процессов; 2) во время своих вмешательств врач-практик применяет *позицию, сближающуюся с позицией научного исследователя*: он тщательно собирает наблюдения, рассматривает свои интерпретации и анализы как рабочие гипотезы, предлагает пациенту осуществлять систематические наблюдения для подтверждения или опровержения гипотез, меняет гипотезы, когда факты им противоречат; 3) зная, что его собственное поведение является функцией множества переменных, терапевт пытается их наблюдать и модифицировать, когда это желательно. Он анализирует, в том числе тонкие взаимодействия, ориентирующие разворачивание психотерапии; 4) бихевиористы методически проверяют последствия своих практик. Они сравнивают эволюцию пациентов одного и того же типа, которых лечат разными методами с тем, чтобы узнать, какие ингредиенты оказываются самыми эффективными, а какие бесполезны. Они стараются устанавливать не только результативные процедуры для среднестатистического пациента, но и те, что работают лучше всего для того или иного типа людей (например, техники, основанные на воображении, некоторым людям не подходят). Они принимают на себя ответственность, если результаты оказываются неудовлетворительными.

За сорок лет были проведены сотни хорошо проверенных исследований об эффективности процедур в зависимости от проблем, которые нужно лечить. Из них большое количество было опубликовано в журналах по поведенческой терапии (*Behavior Research & Therapy, Behavior Therapy, Behavior Psychotherapy, Cognitive Therapy & Research, Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry, Journal de thérapie comportementale et cognitive* и др.), а также в самых престижных журналах по психиатрии и научной психологии (*American Journal of Psychiatry, Archives of General Psychiatry, British Journal of Psychiatry, Journal of Abnormal Psychology, Journal of Consulting & Clinical Psychology, L'Encéphale, Psychological Bulletin* и т. д.).

Важность, отводимая научности, заставила терапевтов соперничающих направлений упрекать бихевиористский подход в холодности, бесчеловечности. На деле этот фундаментальный вопрос выходит далеко за рамки психотерапии и касается всей совокупности медицинских и парамедицинских профессий. Действительно, технический прогресс сопровождается риском, что лечащий персонал может забыть, что имеет дело с людьми, которых следует «принять» в высоком смысле этого слова. В случае КПТ забота о научности ни в коей мере не исключает уважительного и теплого отношения. Это не только вопрос этики,

но и цель результативности: многочисленные научные исследования показали важность аффективных факторов в терапии<sup>22</sup>. Бихевиорист внимательно выслушивает своего пациента и выказывает ему симпатию, полностью избегая аффективных и сексуальных нарушений... которые не так уж и редки в диванной практике<sup>23</sup>.

### **Стиль терапевта: уважение, сотрудничество, побуждение к действию**

Терапевт-бихевиорист — вовсе не гуру. Он действует как педагог, уважающий ученика, заботящийся о том, чтобы тот как можно быстрее стал автономным. Он избегает строить отношения послушания или любви. Он старается установить рабочую, приятную и спокойную обстановку. Он четко излагает принципы, цели, методы, договоренности, критерии оценки, результаты. Он предлагает возможный материал для чтения, который позволит пациенту лучше понять процессы, волнующие его, и логику лечения. Он воздерживается от использования непонятного жаргона, способного произвести впечатление или скрыть недостаточную эффективность. Пациент, желающий избавиться от глубоко укоренившихся реакций (тревожных мыслей, непреодолимых влечений и пр.), не может довольствоваться разговором и получением интерпре-

<sup>22</sup> См., напр., *Bergin A., Garfield S. Handbook of Psychiatry and Behavior Change.* — N. Y.: Wiley, 2004.

<sup>23</sup> См., напр., *Pope K., Bouhoutsos J. Sexual Intimacy with Patients.* — N. Y.: Praeger, 1986.

#### Действительно ли психоанализ «душевнее», чем КПТ?

**Е**сли следовать предписаниям Фрейда, то нельзя сказать, что психоаналитическое лечение развивается в теплой и эмпатической обстановке:

«Со всей настойчивостью я рекомендую своим коллегам во время аналитического лечения брать пример с хирурга, откладывающего в сторону все свои аффекты и даже человеческую симпатию и отдающего все свои душевные силы только одной цели: провести свою операцию как можно более умело»\*.

«Аналитическое лечение должно, насколько это возможно, осуществляться в состоянии лишения, воздержания. Сколь бы жестоким это ни казалось, мы должны следить за тем, чтобы страдания больного заметным образом не уменьшались преждевременно»\*\*.

\* «Советы врачу при психоаналитическом лечении» (1912), *GWVIII*, S. 380.

\*\* «Пути психоаналитической терапии» (1919), *GWXII*, S. 187.

таций в течение часа или двух в неделю. Он должен осуществлять в каждой дневной жизни «терапевтические задачи», другими словами, методичные наблюдения и попытки нового поведения. КПТ — не магия, а ситуации научения, требующие точно направленных усилий.

### **В каких случаях КПТ наиболее показаны?**

Привилегированными показаниями для первых поведенческих терапий были тревожные расстройства, особенно фобии, для первых же когнитивных терапий — депрессия и трудности общения. Прогресс в исследованиях и объединение двух течений позволили значительно расширить сферу использования, в которую теперь входят привыкания (зависимости), расстройства пищевого поведения, сна, сексуальные проблемы, семейные конфликты, состояния посттравматического стресса и т. д. Особенно хорошо развивалась в 1980-е годы область «поведенческой медицины» и «психологии здоровья», в которой ресурсы научной психологии используются для развития видов поведения, благоприятствующих физическому и психическому здоровью, и для сокращения вредных привычек, порождающих или усложняющих физические расстройства<sup>24</sup>.

Список процедур не перестает расти. Некоторые заимствуются из других течений: гештальт-терапии, системной терапии, гуманистических терапий и др. Главные критерии их использования — *уважение человека и требование научности*, что влечет за собой *оценку результативности*. Например, начиная с 1980-х годов бихевиористы успешно используют техники, непосредственно вдохновленные буддистской медитацией<sup>25</sup>. Как и в медицине, с некоторыми используемыми техниками согласны не все. Подчеркнем, что в сообществе бихевиористов расхождения не порождают расколы и изгнание, как это было с самого начала с психоанализом. Бихевиористы, как и другие научные исследователи, оценивают свои методы и теории в соответствии с методично наблюдаемыми фактами, а не в зависимости от авторитетов.

### **Пример лечения посредством КПТ**

Для иллюстрации бихевиористской процедуры я мог бы выбрать любые расстройства или методы. Но по четырем причинам я остановлюсь здесь только на лечении фобии насекомых: эта проблема затрагивает большое количество людей (6% населения); фобии животных — это

<sup>24</sup> Коллекция «Пособия по помощи самому себе» (Guides pour s'aider soi-même), выходящая в издательстве Odile Jacob под редакцией К. Андре, предлагает широкой публике хороший обзор заболеваний, излечиваемых КПТ.

<sup>25</sup> Segal Z., Williams J., Teasdale J. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventive Relapse. — N. Y.: Guilford, 2002.

самые легкие для лечения и представления расстройства; я практикую этот метод больше 25 лет; *last but not the least*, лечение фобии насекомых — это любимый пример психоаналитиков, пытающихся изобразить КПТ в ужасающе-карикатурном виде.

Ж.-А. Миллер, глава крупной школы лаканистов, утверждает: «КПТ — это жестокие методы, которые подставляют субъекта под удар самой травмы, например, ставя пациента, страдающего фобией тараканов, перед тараканами. В первый раз он вопит, во второй — кричит слабее, а через некоторое время мы будем считать, что он излечился! Это показуха: последствия, если таковые имеются, переходны и поверхностны, а то и вредоносны. Эффективность КПТ опирается только на авторитет экспериментатора, который позиционирует себя как эксперт, начальник»<sup>26</sup>.

Э. Рудинеско, другая важная персона психоанализа, заявила, что КПТ «имеют больше общего с техниками доминирования, осуществляемыми диктатурами или сектами, нежели с терапиями, достойными так называться», что они обращаются с людьми, как с «лабораторными крысами», и что «человеческая жестокость, решительно, не знает пределов»<sup>27</sup>.

Как же сами психоаналитики объясняют и лечат фобии пауков и тараканов? Фрейд называет фобию «тревожной истерией»<sup>28</sup>. Он объясняет ее как «симптом проекции»: «Неиспользованное либидо непрерывно принимает форму тревоги перед реальным объектом [Realangst], таким образом, малейшая внешняя опасность становится представителем либинальных притязаний» [Libidoansprüche]. Он добавляет, что «всякая истерическая фобия восходит к детским тревогам и продолжает их, даже если у нее другое содержание и она должна быть названа иначе»<sup>29</sup>. Таким образом, фобия пауков восходит к страху инцеста с матерью и символизирует, как правило, страх перед женскими сексуальными органами: «Во сне паук символизирует мать, но мать фаллическую, вызывающую страх, поэтому страх перед пауком выражает ужас инцеста с матерью и страх перед женскими гениталиями»<sup>30</sup>. Лакановский психоаналитик будет настаивать на том, что Фрейд называл «интерпретацией

<sup>26</sup> L'Express. — 2004, — 23. II.

<sup>27</sup> Roudinesco E. Le Patient, le thérapeute et l'État. — Paris: Fayard, 2004.

<sup>28</sup> Термин «истерия», широко использовавшийся в XIX веке, в конечном счете обрел множество значений. Он стал, например, ярлыком, унижающим любую занудную или строптивую пациентку. «*Диагностический и статистический учебник психических расстройств*» Американской психиатрической ассоциации прекратил использовать этот термин начиная с DSM-IV (1994) и обозначил разные расстройства, ранее сгруппированные вокруг понятия «истерия», иными понятиями: фобия, соматизированное расстройство, личность с комплексом гистриона-лицедея и т. д. Большинство научно ориентированных психиатров и психологов присоединились к этой позиции. См.: Bourgeois M. La mise en pièces de l'hystérie dans la nosographie contemporaine // *Annales médico-psychologiques*. — 1988. — Vol. 146.

<sup>29</sup> Фрейд З. Лекции по введению в психоанализ (1917), GWXV, S. 424.

<sup>30</sup> Фрейд З. Продолжение лекций по введению в психоанализ (1933), GWXV, S. 25.

посредством словесных мостиков» (Wort-Brücke) и что Лакан окрестил «осмысляющим разложением» (décomposition signifiante). У него страх перед пауком может означать отрицание остановки: в «пауке» (araignée) ему слышится «отрицаемая остановка» (arrêt nié).

Терапия, соответствующая фрейдовской концепции, состоит в том, чтобы найти в прошлом причины вытеснения либидо. Если обнаружение воспоминаний о реальных событиях или фантазмах не приводит к исчезновению «симптома», значит следует спуститься еще дальше в прошлое и лучше проанализировать сопротивления, о которых нужно вспомнить<sup>31</sup>. Для научной психологии все наши реакции частично зависят от нашей истории. Выявление предшествующих случаев какого-либо расстройства *иногда* приводит к его уменьшению или исчезновению. Воспоминание помогает лучше понять реакции и дистанцироваться от некоторых воспроизводящих факторов. Это особенно важно в случае расстройств, вызванных серьезными травматизмами<sup>32</sup> или когда человек все время повторяет одни и те же несчастливые сценарии<sup>33</sup>. Однако, *во множестве случаев* — а именно в случае боязни пауков — воспоминание о породившем ее опыте *необязательно* и, в частности, *не помогает как таковое решить проблему*. Множество людей прекрасно помнят о событии, послужившем точкой отсчета для фобии, но это знание ничего не меняет в их эмоциональной реакции.

*Что делает честный и компетентный бихевиорист?*<sup>34</sup> Любого бихевиориста с самого начала обучения информируют о процессе «сенсibilизации», противоположном «привыканию» и «прекращению». У страдающего фобией человека, внезапно поставленного перед тем, что его пугает, фобия растет! Бихевиорист, который бы действовал согласно технике Миллера — Рудинеско, не только элементарно не уважал бы своего пациента, но и спровоцировал бы эффект, абсолютно противоположный желаемому!<sup>35</sup> Наши противники, видимо, нас путают с телевизионными реалити-шоу «Фактор страха» или «Koh-Lanta». В прин-

<sup>31</sup> Фрейд З. Вспоминать, повторять, прорабатывать (1914). GWX. S.135.

<sup>32</sup> См., напр., Sabouraud-Seguin A. Revivre après un choc. Comment surmonter le traumatisme psychologique. — Paris: Odile Jacob, 2001.

<sup>33</sup> См., напр., Cottraux J. La Répétition des scénarios de vie. — Paris: Odile Jacob, 2001.

<sup>34</sup> Название «бихевиорист» не более законно, нежели психоаналитик или графолог; кто угодно может его использовать. Вполне возможно, что однажды где-то на планете так называемый бихевиорист будет действовать, как люди, описанные Миллером или Рудинеско. Однако за двадцать пять лет практики КПТ я ни разу не слышал о каком-то одном подобном *реальном* случае. То, что Миллер и Рудинеско описывают, — это *личные фантазмы*, свидетельствующие исключительно об *их* образе мысли и действия. Добавим, что лечение психопата, вообразенное Кубриком в фильме «Механический апельсин» (1972), не менее вымышлено, чем история «Доктора Фоламура» того же кинематографиста. Насколько я знаю, никогда лечение, подобное изображенному на экране, не проводилось реально и не было представлено в научной (так называемой бихевиористской) публикации.

<sup>35</sup> В настоящее время лучшей работой о КПТ фобий, предназначенной для широкой пуб-

ципе, бихевиорист прежде всего побуждает пациента к тому, чтобы осведомиться о жизни пауков, например, читая научный труд (а не идя на фильм ужасов, естественно). Пациент должен объективно узнать, какие пауки опасны, а какие нет. В Бельгии проблема проста: опасных пауков не существует. Ситуация иная уже на юге Франции, не говоря уже о тропических странах.

Второй этап: пациента побуждают к тому, чтобы научиться успокаиваться, когда он боится. Три навыка оказываются здесь полезными и иногда необходимыми:

- научиться контролировать дыхание, другими словами, в большинстве случаев подавлять гипервентиляцию, пытаться вдыхать животом, а выдыхать как можно медленнее. Людям с панической реакцией без таких методичных упражнений обычно не обойтись;
- научиться быстро уменьшать мышечный тонус. Это подразумевает методичные упражнения по «поведенческой» релаксации<sup>36</sup>;
- научиться отдавать приказы самому себе. Речь здесь ни в коей мере не идет о методе Куэ<sup>37</sup>, состоящем в том, чтобы повторять себе одну и ту же формулу. Приказы самому себе — это краткие, конкретные и четкие высказывания, позволяющие бороться с драматизирующими идеями, спровоцированными ситуацией, порождающей фобию.

Когда эти новые компетенции усвоены, терапевт предлагает пациенту *постепенно и поэтапно перейти к действию*. Конечно же, важно говорить и попытаться поменять свои убеждения, но *самая эффективная процедура для реструктурирования мыслительной схемы* — в данном случае опасности пауков — *это переход к действию!* Не больше, чем научиться плавать, довольствуясь разговором о плавании, нельзя устранить интенсивную и глубоко укоренившуюся эмоциональную реакцию, ограничиваясь использованием слов, лежа на диване.

С полного согласия пациента терапевт пройдет через десяток этапов, начиная с вида маленького паучка в банке до его ловли клиентом в подвале или саду.

На каждом из этих этапов терапевт сначала проводит демонстрацию. Прежде чем клиент потрогает паука, терапевт должен это спокойно сделать в его присутствии. Чтобы перейти на следующий уровень,

лики, является книга *André C. Psychologie de la peur. Craintes, angoisses et phobies.* — Paris: Odile Jacob, 2004.

<sup>36</sup> См., напр., *Chneiweiss L., Tanneau E. Maîtriser son trac.* — Paris: Odile Jacob, 2003; *Cungi C., Limousin S. Savoir relaxer.* — Paris: Retz, 2003.

<sup>37</sup> *Émile Coué (1857–1926)*, французский психолог и фармацевт, автор не лишеного наивности метода самовнушения, вошедшего во французском языке в поговорку. Его пособие недавно переиздано: *La Méthode Coué, ou La maîtrise de soi-même par l'autosuggestion consciente / Précédé de R. Dadoun.* «Moi je crois que...», une simple psychanalyse pour *Émile Coué.* — Houilles: Manucius, 2006. — *Прим. перев.*

терапевт несколько раз спрашивает согласие пациента, не торопя его, а побуждая изменяться в подходящем ему ритме. Клиенту необязательно прийти к двум последним этапам, чтобы фобия исчезла или уступила место легкой боязни.

Благодаря этим упражнениям по противостоянию, которые называются «экспозиция», «погружение» или «десенсибилизация», *пациент учится двум вещам*. С одной стороны, он изменяет свое *представление о пауках*. Значение, которое он придавал этим животным меняется «глубоко» и на длительное время, если только он вдруг не будет подвергнут новому травмирующему опыту. С другой стороны, *он научается управлять сильной эмоциональной реакцией*, в данном случае страхом. Боязнь пауков исчезает после нескольких часов занятий. *Этот страх не заменяется другим симптомом*. Напротив, наблюдается *позитивный эффект снежного кома*. Пациент, который смог справиться со своим страхом перед пауками, развивает свое чувство так называемой самоэффективности, или уверенности в себе<sup>38</sup>. Если его пугали другие животные, например, змеи, он должен будет снова тренироваться, но обучение будет значительно облегчено уже приобретенными навыками.

Практика КПТ не всегда так легка, как в случае фобии безобидных насекомых. Когда человек страдает от социальной фобии, требуется уже намного более комплексное и длительное лечение. Схемы, относящиеся к оценке себя, не трансформируются так же легко, как ментальное представление о пауках или тараканах. Часто нужно развивать новые «социальные компетенции»: лучше слушать, осмеливаться утверждать свою точку зрения без агрессии, договариваться о совместных решениях, — и не так легко организовать ситуации для тренировки

<sup>38</sup> Bandura A. Self-efficacy: the exercise of control. — N. Y.: Freeman, 1997.

#### Этапы конфронтации с пауками

- В присутствии терапевта смотреть на маленького паука, запятого в прозрачной банке, расположенной на расстоянии двух метров.
- Смотреть на маленьких пауков в той же банке в нескольких сантиметрах.
- Потрогать и подвигать банку.
- Открыть банку.
- Положить руку на открытую банку.
- Выпустить паучка на свободу на столе.
- Потрогать паучка карандашом.
- Потрогать и подвигать банку с большим пауком.
- Поймать паука на ровной поверхности с помощью банки и куска картона.
- Быстро потрогать паучка.
- Стряхнуть в руку маленького безобидного паука, который находится в открытой и перевернутой банке.
- Разрешить пауку ползать по ладони и руке.
- Ловить пауков без терапевта много раз.

этих навыков. В известных случаях нужно воспользоваться групповыми ролевыми играми<sup>39</sup>. Лечение глубоко укорененной алкогольной зависимости еще сложнее, оно требует обучения, идущего от самонаблюдения за реакциями в ситуациях-ловушках к изменению стиля жизни и отношений, проходя через когнитивные преобразования, обучение ментальному «серфингу» на волнах побуждения к потреблению и т. д.<sup>40</sup>

Как и в медицине, некоторые расстройства лечатся сегодня хорошо и легко, а другие еще не лечатся и, возможно, останутся неизлечимыми навсегда. Лечение фобии безобидных насекомых осуществляется обычно за несколько часов и без рецидива, даже напротив; лечение навязчивых расстройств — за несколько месяцев и зачастую сопровождается рецидивами; лечение глубоко укорененной токсикомании длительно, проходит тяжело и почти всегда сопровождается срывами. Антисоциальные и параноидальные личности почти никогда не меняются. В некоторых случаях процедура проста. Достаточно информации или изменения в окружении. В других — необходимо действовать методично по нескольким «переменным»: когнитивным схемам, перечню действий, управлению временем и т. д. Как и во всяком процессе обучения, результаты КПТ зависят от разных параметров: начального состояния человека, важности, которую он придает изменению, существования эффективных процедур, компетенций, честности и авторитета терапевта, качества отношения с ним, предвосхищения позитивных эффектов, приверженности методу, приложенных усилий, уровня испытанного удовлетворения вследствие первых изменений, реакций окружения, способности признавать относительно небольшими сиюминутные неудачи и многих других. Некоторые психоаналитики знают об эффективности КПТ против ряда расстройств и направляют пациентов к коллегам-бихевиористам. Даниель Видлехер, например, говорит о КПТ с уважением и признает их релевантность для лечения серии проблем, а именно фобий и других тревожных расстройств<sup>41</sup>.

### **КПТ незнакомы большинству французов**

В настоящее время КПТ обучают во всех англосаксонских, германских и североевропейских университетах. В некоторых странах (Нидерланды) это наиболее часто практикуемые психиатрами и университетскими психологами терапии. Такая эволюция объясняется заботой о научной проверке психологических теорий и о выработке эффективного лечения. Одна из причин продвижения КПТ кроется в условиях приоб-

<sup>39</sup> *André C., Légeron P.* La Peur des autres. Trac, timidité et phobie sociale. — Paris: Odile Jacob, 2000.

<sup>40</sup> См., напр., *Graziani P., Eradi-Gackiere D.* Comment arrêter l'alcool. — Paris: Odile Jacob, 2003.

<sup>41</sup> *Widlöcher D.* Les Nouvelles Cartes de la psychanalyse. — Paris: Odile Jacob, 1996.

щения к профессуре в англосаксонских и североевропейских университетах (например, фламандская Бельгия): в большинстве департаментов психиатрии и психологии в этих университетах будущий профессор должен осуществить качественное эмпирическое исследование и опубликовать статьи в международных журналах. Университетское обучение клинической психологии и психиатрии радикально отличается в латинских странах (франкоговорящая Бельгия), где достаточно умения читать и писать.

Во Франции первые попытки бихевиористской терапии были осуществлены Жаком Роньяном в Бресте и Мелиной Агатон в парижской больнице Св. Анны в 1960-х годах. Французская ассоциация поведенческой терапии была создана в 1971 году Пьером Пишо. Первая французская публикация появилась в 1979 году<sup>42</sup>. КПТ развивались во Франции медленнее, чем в других европейских странах, из-за большого числа психоаналитиков и влияния, которое они оказывали на всё, что касается психического здоровья. До последнего времени они игнорировались широкой публикой и большей частью журналистов, пишущих о психологии. Многие думали, что для лечения психических расстройств нет иной альтернативы, кроме психоанализа или лекарственных средств. Например, рецензия на замечательную книгу Грюнбаума<sup>43</sup> о слабых сторонах психоанализа завершилась так: «Разве убийственная ирония, сочащаяся из каждой страницы этой эрудированной книги, не выдаст настоящего ее замысла: выкорчевать психоанализ и лечение, разработанное Фрейдом, и не оставить пациентам иного выхода, кроме антидепрессантов?»<sup>44</sup>.

Появление в феврале 2004 года отчета Национального института здравоохранения и медицинских исследований (INSERM)<sup>45</sup> об эффективности психотерапий, а также шум и возмущение, который он вызвал у большинства фрейдистов, изменили соотношение сил. Отныне большая часть населения знает, что для целого ряда психических расстройств существуют средства лечения лучшие, чем медикаментозное вмешательство или психоанализ.

*Перевод Татьяны Зарубинной*

<sup>42</sup> Cottraux J. Les Thérapies comportementales. — Masson, 1979.

<sup>43</sup> Grünbaum A. Les fondements de la psychanalyse. Une critique philosophique. — Paris: PUF, 1996.

<sup>44</sup> Le Monde. 1996. — 27. XII.

<sup>45</sup> INSERM. Psychothérapie. Trois approches évaluées. — Paris: INSERM, 2004.