

способствуя оживлению прерванных связей между различными “уровнями”, является одной из наиболее важных контрмер против обусловленной психической травмой ошибочной нейрональной переработки информации. Вербализация выполняет ту же функцию, так как в процесс ее реализации вовлекается речевой центр, исключенный во время травматической ситуации, и невыраженное переходит в символы. В телесно-ориентированной психотерапии эту функцию выполняют вербальное выражение или произнесение пациентом утвердительных предложений, а также их детальная речевая проверка.

Выводы

Рассмотренный в настоящей работе опыт применения метода психодинамической имажинативной психотерапии в процессе психотерапевтического лечения лиц, перенесших ТКС, свидетельствует о его достаточно высокой эффективности. В сочетании с другими практикуемыми психотерапевтическими методами он является действенным средством при ликвидации пси-

хических последствий ЧС как в условиях стационара, так и непосредственно на месте катастрофы, аварии и т.д. Отличаясь открытостью, он вполне может быть использован приверженцами всех без исключения психотерапевтических школ.

Литература

1. Боро М.П., Краузе Р., Бахтеева Т.Д., Марута Н.А., Бондаренко А.Ю. *Руководство по современной психотерапии при чрезвычайных ситуациях и кризисных состояниях с основами православной психотерапии: Организационные, психодинамические, гендерные аспекты, душепопечительские аспекты* / Под ред. проф. М.П. Боро. – Донецк: Каштан, 2010. – 360 с.
2. Коханов В.П., Краснов В.Н. *Психиатрия катастроф и чрезвычайных ситуаций: Теория и практика*. – М.: Практическая медицина, 2008. – 448 с.; ил.
3. *Краткий психологический словарь* / Сост. Л.А. Карпенко; Под общ. ред. А. В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985. – 431 с.
4. Брызгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В. *Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков*. – М.: ИД “Медпрактика - М”, 2008. – 144 с.
5. Reddemann L. *Eine Reise von tausend Meilen*. – 2004.

СУЧАСНА ПСИХОДИНАМІЧНА ПСИХОТЕРАПІЯ В ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНОСИЛИ ТЯЖКУ КРИЗОВУ СИТУАЦІЮ

М.П. Боро, Р. Краузе, С.Я. Боро, Е.Г. Никифорова, В.В. Сорока

У публікації докладно висвітлюється накопичений авторами досвід застосування метода психодинамічної імажинативної психотерапії (ПІТТ) в процесі психотерапевтичного лікування осіб, які перенесли тяжку кризову ситуацію.

Ключові слова: психодинамічна психотерапія, психічні порушення у постраждалих при ЧС, подолання стресової ситуації

MODERN PSYCHODYNAMIC PSYCHOTHERAPY AMONG PERSONS OUTLIVED HEAVY CRISIS SITUATION

M.P. Bero, R. Krause, S.Ya. Bero, E.G. Nikiforova, V.V. Soroka

In publications is in detail considered accumulated author experience using psychodynamic imagination therapy in process of the psychotherapeutic treatment of the persons, outlived become heavy crisis situation.

Keywords: psychodynamic psychotherapy, psychotic disorders among victims of Chernobyl station, overcoming of stress situation

УДК 612.821_615.851

А.Е. Табачников¹, В.С. Табачникова² БИХЕВИОРИЗМ И ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (Психопатологическая и психотерапевтическая модели)

¹Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького;

²Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев

Ключевые слова: бихевиоризм, поведенческие реакции, поведенческая терапия

Психопатологическая модель

Основным положением психопатологической модели бихевиоризма можно считать следующий тезис: многие психические расстройства можно описать как нарушения поведения, приобретаемые и поддерживаемые благодаря тем же механизмам, что и нормальное поведение. Симптом – это элемент поведения, возникший в результате ошибочного научения: случайного сочетания стимулов во времени или неправильного воспитания.

«За последние годы все более приобретает почву мнение, что многие из болезней, которым подвержена

личность, вызываются скорее недостатками и несовершенством со стороны поведения, чем каким-либо пороком в органическом механизме» [1].

Еще Павлов экспериментально сформировал невротический симптом у животного путем затруднения дифференцировки стимулов [2]. Основатель бихевиоризма Уотсон также продемонстрировал возможность вызывания **фобии** как условного рефлекса на ранее нейтральный стимул (классическое обусловливание), но уже у человека. Вместе с Р. Рейнер (Rosalie Rayner) они сформировали фобию белых мышей у 11-месячного младенца Альберта, который ранее их не

боялся. В качестве безусловного раздражителя, вызывающего страх, использовались громкие звуки, одновременно с которыми Альберту демонстрировали условный стимул – белую мышку. Вскоре Альберт начал плакать лишь при виде мышки, а также похожих на нее объектов – кролика, собаки, меховой шубы, комочка ваты (генерализация стимула).

«Психопатологию человека мы понимаем как следствие тех или иных событий, приведших к формированию у индивида отвращения, антипатии по механизму условных рефлексов» [3].

Впрочем, большинство бихевиористов рассматривает реакции страха в определенных ситуациях (высота, темнота, быстро движущиеся объекты), тревоги в незнакомой обстановке и даже депрессии, как пример эволюционно выработанных адаптивных врожденных реакций, о которых мы упоминали в психологической модели. Люди отличаются лишь порогами возникновения этих реакций – у одного страх вызывает необходимость обратиться даже к хорошо знакомой, немногочисленной аудитории, а чтобы привести в аналогичное состояние другого нужно ответственное выступление перед несколькими сотнями незнакомых людей. Второе индивидуальное различие в проявлении этих реакций – скорость их угасания. Одни индивиды быстро осваиваются в незнакомой обстановке, у других эмоциональное напряжение в таких ситуациях долгое время остается на высоком уровне [4]. Впрочем, угасание при длительной экспозиции к стимулу происходит у всех, что используется при некоторых терапевтических техниках, которые мы обсудим позднее.

Если в экспериментах Павлова на животных при отсутствии подкрепления происходило угасание нового условного рефлекса, то Уотсон обнаружил удивительную стойкость условного рефлекса страха у ребенка, даже без последующего подкрепления. Более того, дальнейшие исследования показали, что выработанное благодаря терапии угасание реакции страха не генерализуется на схожие ситуации¹. По мнению исследователей, **поддержанию нарушений** у человека способствует наличие речи и мышления, которые могут замещать реальные стимулы в процессе обусловливания – мысль о вступлении в контакт с данным стимулом вызывает тревогу и ведет к его избеганию («негативное подкрепление»).

«Психопатология в большинстве случаев порождается человеческим языком» [5].

Страх при этом уменьшается, что содействует закреплению такого поведения. Возникает порочный круг страха и избегания. Например, пациентка, страдающая агорафобией, боясь наступления панической атаки на улице, остается дома. Избегая таким образом опасности, она испытывает уменьшение тревоги, в результате чего ей становится еще труднее выйти из дома.

«Выражаясь подробнее, мы подразумеваем, что можем перечислить причины настоящей непригодности в таких терминах, как “недостаточность навыков”, “отсутствие общественных инстинктов” (-инстинкт, не измененный навыком), “бурность эмоции” или “недостаток или отсутствие эмоций”, и что мы можем заключить, что с его настоящим снаряжением и пластичностью индивид не в состоянии достигнуть удовлетворительного приспособления ни к настоящей обстановке ни, может быть, к какой-нибудь другой» [1].

Возникновение такой формы психопатологии, как **навязчивости**, тоже можно объяснить исходя из закономерностей формирования новых форм поведения. Если какое-то «событие А» предшествовало желаемому для нас «событию Б», то в следующий раз для наступления «события Б» мы будем стремиться воспроизвести «событие А»². Поскольку на самом деле это не повлияет на появление «события Б», подкрепление будет иметь частичный характер (см. раздел «Психологическая модель»), что затрудняет угасание и, значит, отказ от дезадаптивной модели поведения, а также способствует обрастанию навязчивости дополнительными ритуалами³.

Депрессивные нарушения могут быть объяснены на основе такого состояния, как обученная беспомощность. М. Зелигман (Martin E.P. Seligman) и С. Майер (Steven F. Maier) исследовали, что произойдет, если животное не сможет повлиять своим поведением на ход событий (избежать наказания) [7]. После ряда попыток животное убеждалось в бессмысленности любых усилий и даже в новой ситуации, где определенными действиями можно избежать наказания, оставалось пассивным. Зелигман предположил, что депрессия у человека имеет то же происхождение⁴. Она вызывается не самими неприятными событиями, а опытом неконтролируемости этих событий.

Каузальный детерминизм побуждает бихевиористов, как и психоаналитиков, считать детство периодом, когда под влиянием внешних факторов формиру-

¹ Т.е. реакция страха на гнев родителей легко генерализуется на ситуацию общения с начальством, но при угасании первой реакции вторая угасает не всегда.

² Например, если не уверенный в своих знаниях студент пришел на экзамен в новой рубашке (или споткнулся, входя в экзаменационную аудиторию), после чего вытаскил один из немногих проработанных им билетов и получил отличную оценку, отправляясь на следующий экзамен, он наденет ту же «счастливую рубашку» (или нарочно споткнется на пороге). Впервые этот феномен был экспериментально продемонстрирован еще Б. Скиннером, обнаружившим, что голуби, которым дают пищу через регулярные промежутки времени, независимо от их реакций, начинают повторять выполняемые ими в этот момент действия. Например, если голубь случайно получил пищевое подкрепление, когда он ходил кругами против часовой стрелки, то это движение может закрепиться, даже если оно реально никак не связано с подкреплением [6].

³ Студент из приведенного выше примера, конечно, будет чувствовать себя уверенней на следующем экзамене в «счастливой рубашке» и это может в какой-то степени повлиять и на его поведение, и на восприятие его экзаменатором, но не повлияет на «удачный» выбор билета. Однако вместо отказа от идеи о «счастливой рубашке» студент, скорее всего, припомнит, что, надевая ее перед предыдущим экзаменом, он не застегнул две верхние пуговицы (или выполнил / не выполнил какие-то другие действия). Именно с этим он свяжет неудачу на втором экзамене, которую он постарается исправить на третьем. Ритуал подготовки к экзамену станет, таким образом, более изощренным.

⁴ Впоследствии это предположение было экспериментально подтверждено Д. Хирото (Donald Hiroto) [8].

ются основные психологические проблемы индивида – дезадаптивные модели поведения.

«Может быть, никто из нас не проходит неповрежденным через стадии детства и отрочества. Если взрослый вновь сталкивается с ранними положениями, то они могут не вызвать открытых младенческих реакций, но они и не теряют вполне своей способности встряхнуть старую эмоциональную деятельность... Очень многие индивиды сохраняют внутри непроницаемые отделения, наполненные старыми системами реакций, которые противостоят бурям и давлению зрелого возраста... мы можем иметь большую личность на основе извращения навыка — извращения, доведенного до такой степени, когда компенсирующие навыки (полезные навыки) недостаточны для того, чтобы поддержать индивида в обществе... Нарушения навыка могут начаться, а часто и начинаются с младенчества» [1].

Необихевиористы модифицировали и дополнили представления о психопатологических механизмах на основе своих психологических моделей. Так, Дж Уолп (Joseph Wolpe) указывал на возможность выработки страхов в результате общения и формирования у индивида нерациональных убеждений. А. Бандура экспериментально доказал возможность создания неадаптивных моделей поведения путем викарного научения, а также патологического вербального инструктирования (самоинструктирования). Например, наблюдая за агрессивным поведением взрослых, дети начинают вести себя агрессивно в аналогичных ситуациях [10]. Ребенок, которого напугали опасными последствиями инфекций, будет навязчиво мыть руки или бояться выходить из дому.

Подкреплением патологических (как и адаптивных) навыков могут быть мысленные оценки субъектом себя и результатов собственных действий. Еще

одной причиной нарушений поведения и фактором их поддержания может быть отсутствие веры в эффективность собственных действий. Недоверие к собственным возможностям, негативные самооценки (низкая самоэффективность) препятствуют поведенческой активности (человек, как правило, ведет себя так, как он сам от себя ожидает, и видит именно те последствия, которых ждет), создают депрессивный эмоциональный фон. Эти самооценки индивида меняются под влиянием актуальной ситуации, точнее ее субъективной интерпретации.

Проблемы индивида, по Бандуре, Скиннеру и А. Лазарусу (Arnold Lazarus), могут быть связаны не только с патологическими навыками, но и с *отсутствием адекватных навыков*, необходимых для обеспечения важных для него вознаграждений. Терапия в этом случае могла бы быть направлена на преодоление поведенческого дефицита, то есть на помощь пациенту в приобретении требуемых межличностных навыков, в том числе, путем демонстрации таких навыков моделью, т.е., викарного научения.

Исходя из созданной ими на основе теории К. Халла психологической модели, Дж. Доллард и Н. Миллер концептуализировали невроз следующим образом: поскольку в каждый конкретный момент индивид испытывает влияние нескольких драйвов и сигналов, мотивы его поведения могут противоречить друг другу. Если потенциалы этих драйвов сильно отличаются, сильная тенденция просто победит слабую. Однако при примерном равенстве потенциалов возникает конфликт. Возможны три вида таких конфликтов по Долларду и Миллеру:

- «приближение – избегание» (столкновение негативных и позитивных последствий одной и той же реакции);

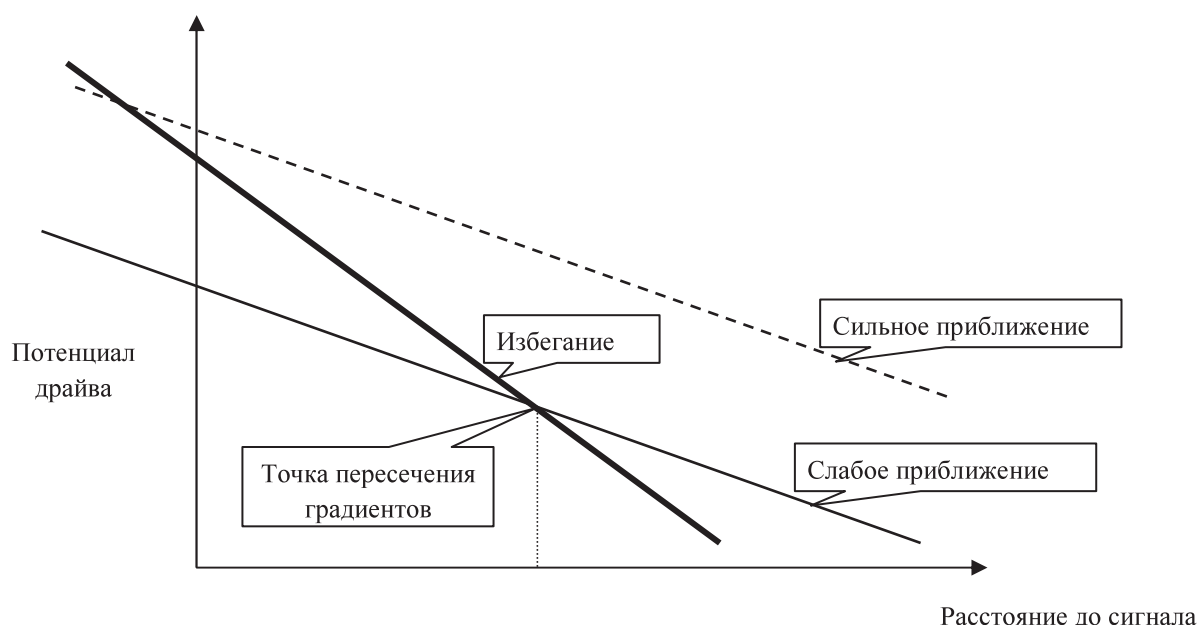


Рис. 1. Конфликт «приближение - избегание» по Долларду и Миллеру

- «избегание – избегание» (столкновение двух негативных мотивов);

- «приближение – приближение» (столкновение двух позитивных мотивов).

Сущность конфликта первого типа отображена на рисунке 1.

Субъект (например, голодный пес) испытывает влияние разнонаправленных драйвов в связи с одним и тем же сигналом (кусоч мяса, лежащий на полу возле столика летнего кафе): драйв голода (тонкая линия на рисунке) подталкивает его к сигналу (объекту), а драйв страха (толстая линия) – в противоположном направлении. В соответствии с описанной в предыдущей лекции психологической моделью, потенциал обоих драйвов нарастает при приближении к сигналу, причем драйв избегания растет быстрее. Если точка пересечения градиентов этих драйвов находится перед объектом (см. рисунок), возникнет конфликт: когда собака находится дальше этой точки, ее поведение будет определяться драйвом приближения, а когда она ее пересечет – драйвом избегания. Неспособность собаки разрешить этот конфликт будет проявляться колебаниями возле этой точки. Если конфликт приобретает затяжной характер, т.е., если ни один из участвующих в нем драйвов не может победить, он становится причиной формирования невроза. В большинстве случаев этого не происходит, поскольку меняются потенциалы драйвов. Например, тенденция приближения усилится, когда повысится потенциал данного драйва при увеличении периода депривации потребности (пунктирная линия на рис. 1). Точка пересечения двух градиентов будет находиться за объектом, и контакт с ним произойдет без проблем (собака проголодалась настолько, что голод побеждает страх приблизиться к объекту).

Конфликт «приближение-избегание» – базовый компонент в развитии невротического поведения. Наиболее вероятными результатами взаимного блокирования драйвов могут быть:

1) **регрессия** – проявление закрепленной в детстве реакции на фрустрацию (например, индивид приучился в детстве, не получая необходимого, плакать, что подкреплялось получением поддержки от взрослых, либо уединяться, что подкреплялось снижением эмоционального напряжения);

2) **смещение** – преобразование действия из одной сферы поведения, которое по причине блокирования не может быть реализовано, в другую сферу, т.е. генерализация реакции (ребенок, испытывающий агрессивные чувства к родителям, но боящийся реализовать эти чувства, уходит в свою комнату, хлопая дверью);

3) **смещенная активность** – осуществление неадекватного обстановке поведения в условиях, когда адекватная деятельность невозможна вследствие взаимного блокирования двух наиболее сильных драйвов. Например, самцы некоторых видов рыб атакуют чужаков, заплывших на их территорию (преобладание драйва приближения), но за ее пределами отступают, встретив хозяина.

Однако, встретившись на границе своих территорий (там, где сила драйвов уравновешена), эти же рыбы принимают позы копательного поведения, которым начинается строительство гнезда, т.е. абсолютно неадекватную ситуации модель поведения. Подобные явления можно наблюдать и у людей, например, в аффективно-шоковых состояниях.

Схема конфликта второго типа («избегание-избегание») отображена на рис. 2. Примером такого конфликта может служить ситуация выбора между двумя негативными стимулами: индивиду приказано выпол-

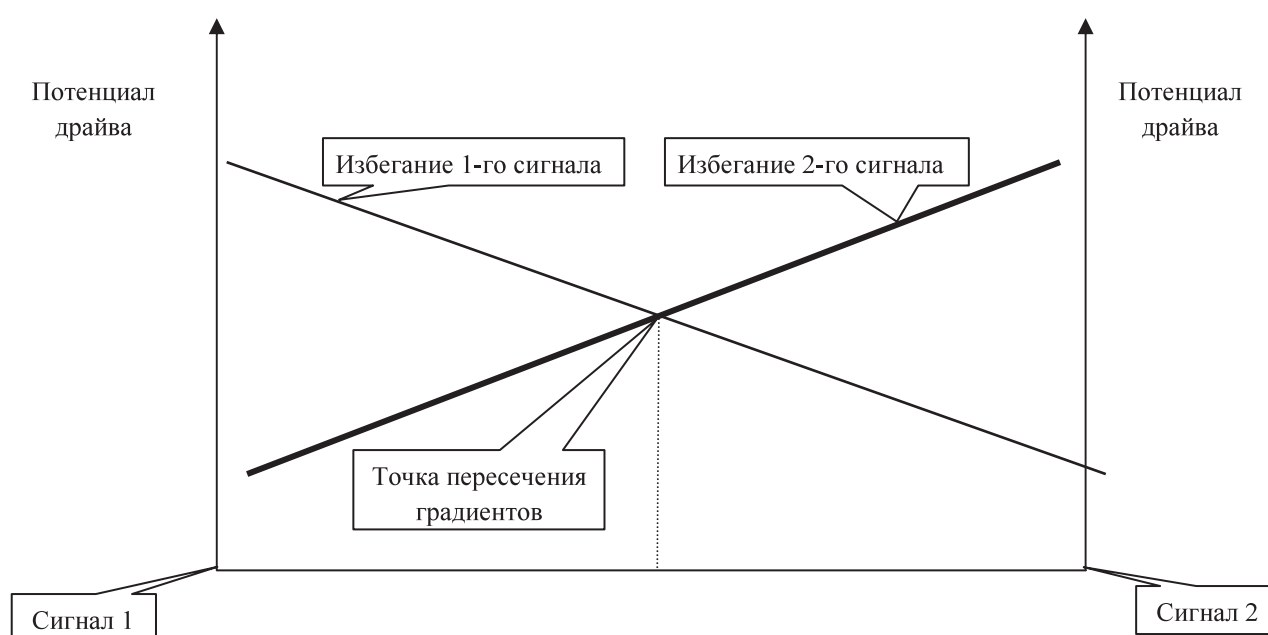


Рис. 2. Конфликт «избегание - избегание» по Долларду и Миллеру

нить неприятную работу, за отказ от которой его ждет наказание.

Чем ближе он к первому сигналу, тем сильнее реакция его избегания, но чем дальше он удаляется от него, приближаясь ко второму сигналу, тем сильнее страх наказания. В точке пересечения градиентов индивид будет демонстрировать аналогичные первому конфликту колебания от одной тенденции к другой. Если изменение потенциала одного из драйвов приведет к смещению точки пересечения за объект, конфликт будет разрешен – из двух зол будет избрано меньшее.

Третий тип конфликта – «приближение – приближение» (необходимость выбора между двумя позитивными стимулами) – Доллард и Миллер считали несущественным и неспособным привести к невротическому конфликту. Его графическое изображение аналогично конфликту второго типа (рис. 2) с той разницей, что вместо драйва избегания действует драйв приближения. Эта замена приводит к существенному изменению результата: стоит индивиду, находящемуся в точке пересечения градиентов, начать движение к одной из целей, потенциал связанного с этим сигналом драйва начнет нарастать, а противоположного драйва – уменьшаться⁵. Поэтому, с точки зрения Долларда и Миллера, там, где кажется, что конфликт между двумя позитивными вариантами выбора все же существует, психотерапевту нужно искать скрытую реакцию избегания.

В силу специфики процесса научения у человека, упоминавшейся при описании психологической модели, разрешению конфликтов мешает недостаточность их осознания (вербализации) вследствие вытеснения. Этот феномен Доллард и Миллер интерпретируют с бихевиористских позиций как реакцию избегания определенных мыслей и действий, подкрепляющуюся, как и другие реакции, редуцией драйвов страха или стыда. Благодаря генерализации, вытеснение распространяется на сходные области опыта. Не имея возможности описать конфликтующие внутри него силы, человек не может распознать и разрешить свои проблемы. Неосознанный конфликт часто приводит к формированию симптома, представляющего собой реакцию, позволяющую редуцировать тревогу, либо врожденный физиологический ответ организма на данный драйв (гипертензия, тахикардия, гипергидроз и т.д.).

Пытаясь перевести идеи З. Фрейда на язык поведенческой психологии, Доллард и Миллер определили четыре типичных ситуации первых лет жизни, в которых родительские воздействия на ребенка могут сформировать интрапсихические конфликты. Прежде чем их описать, отметим, что общей причиной этих конфликтов является противоречивость требований, предъявляемых к ребенку, точнее – недостаточная способность ребенка дифференцировать внешние стимулы и свою реакцию на них. Например, мать поощряет агрессивное и настойчивое поведение сына, когда

малознакомый ребенок на улице пытается забрать его игрушки, и требует от сына уступчивости по отношению к пришедшим в гости детям.

Итак, к ключевым конфликтам раннего детства Доллард и Миллер отнесли:

1. *Конфликт кормления.* Драйв голода является первичным и одним из самых сильных в младенчестве, поэтому вырабатываемые для его редуцирования поведенческие техники становятся моделью решения других проблем в будущем.

Когда ребенок голоден, он плачет, чтобы получить пищу – таким образом он приобретает первый опыт воздействия на среду и манипулирования другими людьми. Если длительный плач не ведет к кормлению, это формирует гипобулию и тревожность, поскольку ребенок, часто испытывавший голод из-за того, что его оставляли в одиночестве, научится бояться одиночества и навязчиво желать присутствия других. С другой стороны, ребенок, которого кормят, когда он еще не голоден, может никогда по-настоящему не научиться ценить пищевое вознаграждение и не увязывать удовлетворение с собственной активностью.

2. *Конфликт обучения чистоте.* Большинство родителей придают большое значение обучению ребенка контролю за сфинктерами. Когда ребенок оказывается неспособным установить этот контроль, его наказывают. В результате у него формируются негативные ассоциации, во-первых, с зоной гениталий, а во-вторых, с родительским присутствием.

3. *Конфликт ранней сексуальности.* Родительские обвинения ребенка в связи с мастурбацией могут привести к формированию у него реакции тревоги на проявления своей сексуальности.

4. *Конфликт «гнев – тревога».* Родители, как правило, наказывают ребенка за проявления гнева. Поэтому ребенок обучается испытывать тревогу при каждом возникновении гнева и подавлять его. В результате ребенок не только социализируется, но и начинает подавлять (вытеснять) все свои сильные чувства.

Психотерапевтическая модель

Хотя термин «поведенческая (бихевиоральная) терапия»⁶ появился лишь в 50-х гг. XX века, ее основные принципы известны давно. Например, Джон Локк в конце XVII века так формулировал принципы постепенного угашения реакций страха:

«Если ваш ребенок плачет при виде лягушки или убегает от нее, пусть другой поймает ее и держит вначале на достаточном расстоянии от ребенка. Сперва приучите последнего глядеть на нее. Когда он это сделает, пусть через некоторое время подойдет ближе и понаблюдает без эмоций, как она прыгает, затем слегка до нее дотронется в то время, как другой держит ее в своей руке и т.д., пока ребенок не сможет обращаться с лягушкой так же уверенно как с воробьем или

⁵ Именно поэтому смерть буриданова осла от голода маловероятна.

⁶ Наряду с ним, довольно широко также используется термин «модификация поведения», особенно для обозначения техник оперантного обусловливания.

бабочкой» (цит. по [4]).

Г.Ю. Айзенк определил поведенческую терапию как применение современной теории научения к лечению поведенческих и эмоциональных расстройств [11], а В.Г. Ромек – следующим образом:

«... поведенческой психотерапией может быть названа любая форма основанного на экспериментальных данных и контролируемого обучения новым, более эффективным и здоровым, формам поведения, изменения (модификации) или устранения доставляющих страдания, болезненных форм поведения» [12 22].

Цель бихевиоральной терапии можно определить как замену дезадаптивных форм поведения адаптивными, т.е. **переучивание** пациента, либо (если проблема определяется как поведенческий дефицит) **формирование новых адаптивных форм поведения**. В необихевиоризме объектом изменений помимо поведения может быть аффективное и когнитивное функционирование.

«Цель психотерапии состоит в том, чтобы сделать клиентов эффективными в жизни: в работе, в игре, в отношениях (мы имеем в виду сам процесс, а не результат), а не в том, чтобы подправить состояние “больных” человеческих существ» [5].

«Общая цель психотерапии должна заключаться в том, чтобы помочь клиенту выработать процедуры самоконтроля, полезные в решении проблем и тем самым уменьшающие его зависимость от психотерапевта и повышающие его компетентность, самостоятельность, уровень навыков самоконтроля и веру в себя. Вторая общая цель должна заключаться в оказании помощи клиенту в повышении общего уровня подкрепления в его жизни» [13].

Для конкретизации цели терапии и последующего выбора терапевтической тактики нет необходимости поиска причин возникновения (этиологии) симптома. Достаточно анализа текущих детерминант поведения.

Вот как пишут об этом Дж. Доллард и Н. Миллер:

«Если невротическое поведение - результат научения, то разучивание должно осуществляться посредством некоторой комбинации принципов, по которым проходило обучение... Психотерапия устанавливает систему условий, в которых невротическим навыкам можно разучиться, а не невротическим – научиться... Таким образом, мы рассматриваем терапевта как своего рода учителя, а пациент – как ученика. Таким же образом и по тем же принципам, как неправильные навыки игры в теннис могут быть исправлены хорошим тренером, плохие психические и эмоциональные навыки могут быть исправлены психотерапевтом» [14].

Терапевтический стиль. Как мы видим, отношения между терапевтом и пациентом в бихевиоральной терапии – это отношения тренера и обучающегося, учителя и ученика. Терапевт и пациент совместно устанавливают программу лечения: цели (симптомы – поведенческие реакции, которые должны быть модифицированы), основные этапы и режим работы, при-

чем большая ее часть, как правило, выполняется пациентом самостоятельно, в условиях привычной для него среды. Объясняется это установкой на перенесение в жизнь всех навыков, сформированных в условиях кабинета. Терапевт может сопровождать клиента при выполнении заданий в естественных условиях (например, пойти с клиентом, страдающим агорафобией в магазин), прийти к ребенку-пациенту домой или в школу с целью наблюдения или вмешательства, поговорить по телефону с самим клиентом или членами его семьи, которые могут выполнять функцию ко-терапевта. Стиль поведения терапевта обычно должен быть директивным.

В начале каждого сеанса терапевт контролирует результаты выполнения ранее данных пациенту заданий, а в конце – дает новые. При определении целей и контроле степени их достижения он старается оперировать только четко фиксируемыми и измеряемыми когнитивными, эмоциональными и поведенческими явлениями.

Поведенческие терапевты не делают секретов из своих методов, часто публикуют для клиентов работы, подробно раскрывающие техники бихевиоральной терапии, с помощью которых пациент может без участия врача корректировать свое поведение. Этим и определяется особый характер требований к поведенческому терапевту – иногда в наши дни от него не требуют особой медицинской или психологической подготовки. Вместе с тем, терапевту необходимы и определенные моральные качества: эмпатия, терпимость, умение слушать и вдохновлять пациента на свободное проявление мыслей и чувств. Доллард и Миллер обосновывают их необходимость следующим образом:

«Одобрение и неодобрение имеют силу вторичного вознаграждения и наказания... В повседневной жизни они являются обычным способом влияния на поведение других людей. Разрешение: отсутствие критики или демонстрации беспокойства как эффективное вмешательство.

Когда пациент говорит о чем-либо, что вызывает у него страх, спокойная реакция терапевта кажется ошеломляющим контрастом по сравнению с теми реакциями людей, которые укрепляли страх пациента... Если пациент спрашивает о чем-то, о чем раньше не упоминал или говорил со смущением, терапевту разрешается спокойно и объективно предоставить ему необходимую информацию. Терапевту очень важно самому быть хорошим примером для пациента. Так как он обладает большим авторитетом, его спокойствие, уверенность и рассудительность – образец для пациента, который, в свою очередь, становится сам более спокойным уверенным и рассудительным...

Теплое отношение, внимание, интерес и понимание – хорошее вознаграждение, особенно для тех людей, которые в обычной жизни часто наталкиваются на непонимание...» [14].

Поведенческая терапия, как правило, является краткосрочной, однако она может продолжаться и до

50 сессий. Обычно поведенческий терапевт заключает с пациентом контракт о проведении терапевтических мероприятий в течение двух или трех месяцев (приблизительно 8-12 сессий) с оценкой результатов в конце этого периода. Даже после успешной терапии терапевт нередко поддерживает контакт с клиентом по телефону или по почте для поддержания достигнутого улучшения.

Основные техники. С определенной долей условности техники поведенческой терапии можно разделить на диагностические и собственно терапевтические. С другой стороны, в соответствии с описанными выше видами научения, можно выделить техники, основанные на классической, оперантной и необихевиоральных моделях научения.

Диагностические техники

1. Бихевиоральный анализ (идентификация проблем клиента в терминах поведенческой психологии). Первая задача поведенческого терапевта – получить как можно более подробный сценарий возникновения симптома, описанный в наблюдаемых и измеряемых понятиях. Терапевт делает это посредством сбора детальной информации о конкретных аспектах проблемы: в чем она проявляется, насколько тяжела, как часто дает о себе знать, какие события предшествуют дезадаптивному поведению и следуют за ним, что уже делал клиент, чтобы его преодолеть, имелся ли прежде опыт терапии?⁷ Терапевт стремится выявить конкретные условия, в которых актуализируются дезадаптивные мысли («Я буду выглядеть глупо», «Я потеряю самоконтроль», «Все смотрят на меня» и т.д.), чувства (страх, гнев, робость и др.), физиологические реакции (дрожь, **потоотделение**, диарея и др.) или поведение (избегание стимула, поиск внешней поддержки, навязчивые действия и т.д.). При этом терапевтом редко задаются вопросы «почему?», чаще – «что?», «где?», «как?».

В результате, проблема переедания, например, может быть переформулирована как проблема совладания с тяжелым эмоциональным состоянием, которое сопровождается перееданием. Далее проводится детальный анализ обстоятельств, способствующих перееданию, обстоятельств, в которых пациенту удается воздерживаться от переедания, ресурсов, которые можно привлечь для решения этой проблемы (увеличение источников удовольствия, активные занятия и т.д.).

Для проведения всестороннего анализа А. Лазарус предложил схему «BASIC ID», в соответствии с которой терапевту необходимо в ходе опроса и наблюдения обратить внимание на семь переменных: поведение пациента (B - behavior), его эмоции (A - affect), ощущения и восприятие (S - sensation), сны, мечты и воспоминания (I - imagery), мысли и установки относительно самого себя и других людей (C - cognition), межличностные связи (I - interpersonal relationships), соматиче-

ские факторы и принимаемые лекарства (D - drugs and biological factors). Это позволит всесторонне оценить проблему пациента и выстроить наиболее эффективный план терапии [15].

Далеко не всегда терапевты принимают на веру слова клиента, они выявляют и анализируют противоречия в его рассказе, невербальные знаки, свидетельствующие о его неискренности. Тем не менее, они во многом опираются на самоотчеты клиента, поскольку считают, что самоотчеты лучше предсказывают поведение, чем результаты психологического тестирования. Поскольку описание клиентом себя и своих проблем может быть неправильно истолковано, терапевт часто просит клиента уточнить и переформулировать сказанное, привести конкретный пример.

Для получения более точной информации терапевт может попросить клиента вызвать в своем воображении проблемную ситуацию и словесно описывать все чувства и мысли, приходящие ему в голову, либо разыграть эту ситуацию (если речь идет о межличностных проблемах). Терапевт при этом играет роль человека, в отношениях с которым у клиента есть проблемы. Ролевая игра дает терапевту образец проблемного поведения клиента, хотя и полученный в несколько искусственных обстоятельствах.

Доллард и Миллер в бихевиоральном анализе особое внимание обращают на роль вербализации пациентом его проблем. Терапевт побуждает клиента на выражение запретных мыслей и эмоций и проживание сопровождающих их чувств страха и вины. Поскольку за этим не возникает неприятных последствий, а терапевт

«выборочно поощряет свободу и не поощряет молчание и неоригинальность» можно наблюдать постепенное угасание страха. Еще большего эффекта можно добиться, если терапевт выборочно повторяет отдельные позитивные фразы пациента, тем самым, подкрепляя внимание пациента к высказанным в них идеям.

Эффект угасания с менее болезненных проблем, обсуждавшихся на первом этапе, генерализуется на схожие, более значимые проблемы и, тем самым, ослабляет мотивацию их вытеснения. Постепенно погружаясь во все более сложные бессознательные конфликты, пациент вербализует их и, благодаря этому, дифференцирует основной конфликт, которому он научился в детстве. К тому же «угашение страха создает новый навык - “свободу мышления”, который помогает пациенту находить вербальные новации» [14].

Кроме того, адаптивные реакции, выработанные пациентом на психотерапевта, генерализуются на других людей в его окружении.

Последователи Долларда и Миллера помимо высказываний клиента о себе и своем прошлом, анализируют и возникающие в процессе терапии **отношения переноса**. Они также отмечают терапевтическую значимость самой вербализации и **научения** клиента в

⁷ Этот подход называют еще ABC-диагностикой: Antecedent — предшествующие (условия), Behavior — поведение, Consequences — последствия.

процессе анализа различению, **дифференциации стилей** (см. Патопсихологическую модель).

Клиента следует вознаграждать за разговор, который сопровождался для него страхом и тревогой, с целью подкрепить участие в дальнейшей психотерапевтической работе. Такими вознаграждениями являются: 1) внимание, уделяемое словам клиента, 2) демонстрация психотерапевтом понимания и сохранения в памяти того, что сказал клиент; 3) спокойное принятие психотерапевтом всего, что говорит клиент, без осуждения; 4) выражение одобрения в ответ на высказывания пациента о своей способности к адаптивному поведению в прошлом, настоящем или будущем.

2. Самомониторинг и внешний мониторинг поведения

Если информации, полученной в кабинете терапевта в ходе бихевиорального анализа, недостаточно для решения диагностических задач, терапевт может предложить клиенту между сеансами ежедневно подробно описывать важные события и свои реакции на них. Например, клиенту, страдающему переизбытком, предписывается фиксировать данные о количестве съеденного и обстоятельствах принятия пищи, объеме физической активности и тому подобное. Это дает возможность выявить поведенческие паттерны клиента, функционально связанные с его проблемами и, возможно, неосознаваемые им.

Еще более точную диагностическую информацию может дать внешний мониторинг проблемного поведения клиента в естественной среде, однако возможности его применения, в силу социальных причин, ограничены. Чаще всего подобные процедуры используются с детьми в классе или дома, а также с госпитализированными пациентами. Наблюдению могут быть обучены ко-терапевты – родители, учителя, медсестры. Для повышения его эффективности разработаны стандартизированные оценочные процедуры.

Самомониторинг и внешний мониторинг поведения используются не только на этапе идентификации проблем клиента, но и в ходе терапии для оценки ее эффективности.

Терапевтические техники

3. Запрет

Доллард и Миллер следующим образом сформулировали сущность этой суггестивной техники:

«Приобретенный симптом, как и любая другая реакция, может быть устранен при помощи другой, более сильной несовместимой с ним реакции. Терапевт, обладая большим авторитетом, может вызвать такую реакцию с помощью команды или запрета. Эффект от команды или запрета может быть усилен гипнозом» [14].

4. Контрбусловливание (реципрокное торможение)

Эта техника использовалась еще в первых бихевио-

ристских экспериментах для переучивания подопытных животных. Одной из первых в психотерапии его применила М. Джонс (Mary Cover Jones), которая излечивала детские страхи, давая пациентам привлекательную пищу, в то время как страшный объект был от них на некотором расстоянии [16]. Для избавления пациента (мальчика по имени Питер) от страха белых крыс, генерализованного на кроликов, шубы, перья и вату, она давала ему еду, которую он любил, в то же время постепенно поднося кролика в проволочной клетке все ближе и ближе. Страх постепенно уступал место положительной реакции.

Вот как сформулировал основную идею этого подхода Дж. Уолп (Joseph Wolpe):

«Если реакцию, противоположную тревоге, можно вызвать в присутствии вызывающих тревогу стимулов так, что ее сопровождает частичное или полное подавление реакций тревоги, связь между стимулами и реакциями тревоги ослабевает» [17].

Исследования бихевиористов показали, что существует антагонизм между реакциями тревоги и пищевыми реакциями⁸. Поэтому оптимальным способом справиться с невротической тревожностью является кормление (при выраженной пищевой потребности) в присутствии вызывающего тревожность стимула. Возможности применения данного метода у взрослых ограничены, так как для них труднее, чем для детей подобрать пищевое подкрепление.

Помимо пищевых, в антагонизме с тревожными реакциями находятся «утверждающие, релаксационные, и сексуальные реакции», а также гнев («методика вызванного гнева»).

5. Систематическая десенсибилизация

Джозеф Уолп предложил технику, в которой для торможения тревоги используется релаксация. На первом этапе необходимо выявить и ранжировать по тяжести ситуации, вызывающие эмоциональный дискомфорт. Одновременно пациента обучают произвольной релаксации мышц, которая сопровождается общим успокоением. На втором этапе, когда эта техника хорошо освоена, пациенту в состоянии расслабления предлагают представить себе тревожные сцены, начиная с менее значимых. При нарастании мышечного напряжения его снимают углублением релаксации.

В соответствии с законами научения, успехи в угашении одних реакций генерализуются на следующие.

6. Экспозиция

Ряд авторов подверг сомнению идею Уолпа о ведущей роли релаксации в успешности вышеописанного процесса. Они считали, что главный терапевтический фактор – экспозиция пациента действию вызывающего страха стимула, что само по себе приводит к угасанию, если реакция страха на стимул не подкрепляется. Как мы помним, главным механизмом поддержания фобических нарушений бихевиоризм называет избе-

⁸ Уолп писал: «Когда тревожность становилась очень сильной, тормозилось кормление; когда она была слабой, так что в ее присутствии могло происходить кормление, то вызывание тревожности в этой ситуации в дальнейшем, по-видимому, ослаблялось» [17]

гание. Экспозиция, т.е. конфронтация со стимулом, построена так, чтобы предотвратить избегание.

Был предложен ряд методик, основанных на этом принципе:

- *феддинг (затухание)* – пациент вначале думает о неприятном стимуле, затем видит его на слайдах, а потом взаимодействует с ним в действительности (т.е. интенсивность стимула нарастает постепенно);

- *флудинг (наводнение), имплозия* – пациента резко погружают в неприятную обстановку, быстро и интенсивно предъявляя вызывающий страх стимул.

В промежутках между терапевтическими сессиями пациент проводит экспозицию самостоятельно в домашних условиях с ведением дневниковых записей (фиксируется уровень тревоги и избегания). Роль ко-терапевта при этом могут играть родственники пациента.

Экспериментально установлено, что:

а) воздействие реального стимула является более эффективным, хотя и более дискомфортным, чем его воображение пациентом в ходе терапии. Поэтому к воображению прибегают, когда трудно организовать реальное взаимодействие с объектом страха;

б) долгосрочное воздействие является более эффективным, чем краткосрочное (например, одна двухчасовая экспозиция более эффективна по сравнению с четырьмя получасовыми);

в) чем короче промежутки времени между сеансами экспозиции, тем выше терапевтический эффект.

Экспозиция является одним из примеров бихевиоральных техник, которые могут применяться как с участием терапевта, так и без него (аутотерапия с помощью учебников и ведения дневника).

Необихевиористы – сторонники теории социального научения обратили внимание на значительные различия в эффективности данной техники как у разных пациентов, так и у одного и того же в разные периоды времени (иногда, например, пациент, прошедший экспозицию, успешно справляется с тревогой в одних ситуациях, но не способен устоять перед ней – в других). Это объясняется влиянием промежуточной переменной (см. Психологическую модель необихевиоризма) – ожиданий индивида относительно *личной эффективности*. Если пациент поверил, что сможет справиться с ситуациями, которые прежде вызывали у него страх, он будет более уверенно вести себя [18]. Поэтому после погружения терапевт и клиент обсуждают произошедшее, проясняя, как клиент интерпретирует свой опыт. Терапевт должен быть готов помочь клиенту, используя когнитивные техники, приписать произошедшие в результате экспозиции изменения себе самому, а не случайности или усилиям терапевта, и таким образом повысить ощущение личной эффективности.

7. Терапия с предъявлением модели

Эта методика близка к предыдущим, но использует также идеи А. Бандуры о викарном научении и угашении. Пациент обучается уверенному поведению в проблемных ситуациях, наблюдая на первом этапе за дей-

ствиями модели – терапевта или другого члена группы. Снижение эмоциональной значимости проблемной ситуации (викарное угашение) должно подкрепляться успешной реальной деятельностью самого пациента, положительный результат которой он сможет приписать собственным усилиям. Б.Д. Карвасарский предложил близкую методику: для преодоления страха пациента перед поездками в транспорте больной вначале путешествует в сопровождении медицинской сестры, а потом делает это самостоятельно на все более дальние расстояния.

8. Аверсивная терапия

Данная методика направлена на отучение от нежелательных форм поведения с помощью аверсивных стимулов (удар током, рвотное, воображаемое наказание, денежные штрафы, отказ от предпочитаемых видов активности и т.д.). Применение аверсивной терапии ограничено как этическими соображениями, так и возможностью побочных явлений (нервное расстройство, ненависть к источнику наказания).

Различают два типа аверсивных методик: основанные на модели *классического* и *оперантного обусловливания*. В первом варианте методики стимул, который необходимо сделать непривлекательным, предъявляется *одновременно* с аверсивным стимулом. Примером может служить условно-рефлекторная терапия алкоголизма – пациенту предлагают выпить спиртное, в которое подмешано рвотное; эффект, как правило, потенцируется суггестией. Во втором варианте аверсивное воздействие следует *за нежелательной формой поведения* пациента. Например, когда у пациента появляются нежелательные мысли, он наказывает себя ударом электрического тока, или же для избежания наказания (того же удара током) пациенту необходимо точно выполнить определенное действие – говорить, не заикаясь (при логоневрозе), либо точно попасть металлической палочкой в отверстие все уменьшающегося диаметра (- при невротическом треморе) и т.д. Для достижения терапевтического эффекта в этом варианте необходимо, чтобы аверсивный стимул применялся сразу вслед за подлежащей угашению реакцией.

Оптимальной при проведении аверсивной терапии признана схема, при которой на первом этапе применяется постоянное подкрепление, а на втором – частичное.

Аверсивная терапия обычно используется в комплексе с другими методами, направленными формирование желательного поведения. Например, в лечении алкоголизма, отучение от приема спиртного, должно дополняться обучением иным формам общения.

Одним из популярных вариантов аверсивной терапии является *«терапия испытанием»*. Здесь для устранения симптома терапевт придумывает для пациента неприятное задание, которое необходимо выполнять, когда он сталкивается с симптомом или ожидает его наступления. Пациент будет сдерживать наступление симптома, чтобы не выполнять задание.

«Человеку, который хочет избавиться от депрессии, предлагают определить ежедневное время возникнове-

ния депрессии. Лучше всего, если это будет время, когда клиент предпочел бы делать что-нибудь более приятное. Например, терапевт может назначить клиенту время проявления депрессии на те редкие часы, когда тот свободен от всех обязанностей (дети уложены, дела закончены) и может позволить себе расслабиться и посмотреть телевизор» [19].

Вариантом терапии испытанием выступает следующая техника, в которой заданием выступает сам симптом.

9. Парадоксальная интенция

Эта методика предложена В. Франклом (Viktor Emil Frankl) для лечения тревожно-фобических расстройств. И хотя теория Франкла относится к экзистенциальному направлению в психологии, данная техника имеет, безусловно, бихевиоральный характер⁹. При ее использовании пациенту предлагают «перевернуть» отношение к своей фобии (тревоге) – усиленно представлять и даже желать наступления связанных со стимулом неприятных последствий («сейчас я упаду в обморок», «сейчас я начну дрожать изо всех сил» и т.д.). В одной из своих работ Франкл вспоминал пациента, страдавшего очень тяжелой и резистентной к терапии формой заикания:

«Никогда за всю свою жизнь, насколько он мог вспомнить, пациент не был свободен от своего речевого дефекта, за исключением одного случая. Это случилось, когда ему было двенадцать лет и он ехал зайцем на трамвае. Пойманный кондуктором, он подумал, что единственный способ выпутаться – это возбудить у кондуктора жалость, а для этого попытаться продемонстрировать, какой он несчастный заикающийся мальчик. Но когда он попытался заикаться, у него ничего не получилось; он стал неспособен заикаться. Не сознавая этого, он применил парадоксальную интенцию, хотя и не для терапевтических целей» [21].

10. Использование биологической обратной связи (БОС)

Цель этой методики – обучение управлению произвольными или плохо контролируемыми физиологическими функциями (частота сердечных сокращений, артериальное давление, мышечный тонус и др.), в первую очередь теми, которые ассоциированы с реакциями тревоги. Для обучения БОС используется специальная аппаратура. Так, например, для лечения ночного недержания мочи в постели ребенка может быть установлен прибор, действующий на модели классического условного рефлекса. Если ребенок обмочился, включается звонок, который будит ребенка. Постепенно сигналы от мочевого пузыря начинают ассоциироваться с реакцией пробуждения, которая становится опережающей.

Последующие методики более сосредоточены не на отказе от нежелательных форм поведения, а на при-

обретении желательных¹⁰.

11. Обучение навыкам общения (тренинги асертивности и социальных навыков)

Эти тренинги используются в работе с людьми, не умеющими вести себя социально позитивно, или робкими в межличностном общении, что может привести не только к интерперсональным проблемам, но и к тревоге, депрессии и др.

Пациент и терапевт совместно устанавливают конкретные цели (освоение определенных навыков) и последовательно приближаются к ним. Например, при обучении уверенности в себе используются отработка асертивных действий и оборотов речи и подкрепление их репетициями поведения (ролевая игра в группе или с участием терапевта) и индивидуальной практикой уверенных действий в естественных условиях с использованием самоконтроля (дневниковые записи с квантифицированной оценкой поведения). Возможно предварительное наблюдение за поведением модели.

Внимание уделяется формированию как невербальных, так и вербальных характеристик поведения (в частности, телесным позам, голосовому тренингу и визуальному контакту).

Важную роль в терапевтическом процессе играет мотивация пациента, поддерживаемая путем обсуждения преимуществ, которые он получит, если освоит соответствующие навыки.

12. Шейпинг

Если желаемое поведение является достаточно сложным, его можно формировать, используя методику **шейпинга** – последовательного приближения к желательной форме поведения. Психологу необходимо разбить процесс овладения желательной формой поведения на этапы (так чтобы клиент мог без труда справиться с каждой отдельной задачей) и подкреплять достижение каждого этапа.

В своей книге «Вербальное поведение» Б. Скиннер писал, что практически все родители сначала ведут себя как первоклассные бихевиористы, не требуя от ребенка правильно построенных в лексическом и грамматическом отношении фраз:

«В обучении маленьких детей речи формальные требования, при соблюдении которых достижимо подкрепление, значительно ослаблены. Любой ответ, отдаленно напоминающий обычное коммуникативное поведение, подкрепляется. Когда он появляется часто, требуется большее приближение к желаемому образцу. Таким путем можно достичь сложных вербальных форм» [22].

В ходе обучения можно использовать как постоянное, так и частичное подкрепление. Вначале лучше, конечно, вознаграждать за каждый успех, но потом делать это все реже.

⁹ «Даже доктора, которые придерживаются теорий, отличных от той, что лежит в основе логотерапии, успешно использовали технику парадоксальной интенции в своей практике. Например, успешно использовали технику парадоксальной интенции многие психоаналитики. Теперь они пробуют объяснить свой успех в психодинамических терминах» [20].

¹⁰ В связи с этим, данные методики скорее относятся не к психотерапии, а к психологической коррекции.

13. Метод накопления жетонов

Методика [23] используется не только в психиатрической практике (хронические психотики, нечувствительные к традиционной терапии; аутичные дети и др.), но и менеджменте, в пенитенциарной системе и других областях. Она включает следующие этапы:

- идентификация желательных форм поведения (например, самостоятельная еда, утренний туалет, выполнение предписаний врача или контакт с другими людьми и т.д.);
- ассоциирование их с условным подкреплением (жетоны), а затем и с безусловным (сигареты, одежда, дополнительное питание и прогулки, кратковременный отпуск и др.), на которое можно обменять определенное количество жетонов.

Литература

1. Уотсон Дж. Психология как наука о поведении // Основные направления психологии в классических трудах. Бихевиоризм. — М.: ООО "Издательство АСТ—ЛТД", 1998. — С. 645—650.
2. Павлов И.П. Полн. собр. соч.: В 6 т. — М.-Л., 1951-1952. — с. 291.
3. Стэмплфл Т.Г. Импульсивная психотерапия: поведенческо-психодинамическая модель избегания как объяснительная модель в психотерапии — В кн.: Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 143.
4. *Handbook of individual therapy* / Ed. by W. Dryden. — London: Sage Publications, 1996. — p. 286.
5. Хайес С. Контекстуальная поведенческая психотерапия — В кн.: Психотерапия — что это? Современные представления / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 148.
6. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования/Пер, с англ. М. С. Жамкочян под ред. В. С. Магуна — М.: Аспект Пресс, 2001.— 607 с.

7. Seligman M.E.P. *Helplessness: on depression, development, and death* / New York : W. H. Freeman, 1992. — 250 p.
8. Hiroto D. *Locus of Control and Learned Helplessness.* — *Journal of Experimental Psychology.* — 1974, №102. — p. 187-193.
9. Ротенберг В. «Образ Я» и поведение. — Иерусалим: Маханаим. 2000 г. — 232 с.
10. Bandura A., Ross D., Ross S.A. *Transmission of aggressions through imitation of aggressive models* // *Journal of Abnormal and Social Psychology.* — 1961. — №63 (3). — p. 575-582.
11. Eysenck H.J. *Learning Theory and Behaviour Therapy* // *The British Journal of Psychiatry.* — 1959, v. 105. — p. 61-75.
12. Ромек В.Г. *Поведенческая психотерапия.* — М.: Academia; 2002. — 192 с.
13. Котела Джозеф Р., Кирни Альберт Дж. *Скрытое обусловливание — В кн.: Психотерапия — что это? Современные представления* / Под ред. Дж.К. Зейга и В.М. Мьюниона. — М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — С. 139.
14. Dollard J., Miller N.E. *Personality and Psychotherapy: An Analysis in terms of Learning, Thinking and Culture.* — NY: McGraw-Hill, 1950.
15. Лазарус А. *Краткосрочная мультимодальная психотерапия.* — СПб.: Речь, 2001. - 256 с.
16. Jones M.C. *A Laboratory Study of Fear: The Case of Peter* // *Pedagogical Seminary*, 1924, №31. —p. 308-315.
17. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* — Stanford University Press, 1958.
18. Bandura A. *Self-efficacy determinants of anticipated fears and calamities* // *Journal of Personality and Social Psychology.* — 1983, №45. — p. 464-469.
19. Хейли Дж. *Терапия испытанием: Необычные способы менять поведение.* — М.: Независимая фирма "Класс", 1998. — 208 с.
20. Frankl V.E. *Logotherapy and Existential Analysis — A Review* // *American Journal of Psychotherapy.* — 1966, №20. — p. 252-260.
21. Франкл В. *Основные понятия логотерапии* // Франкл В. *Доктор и душа.* — СПб.: Ювента, 1997. — с.242-279.
22. Skinner B.F. *Verbal Behavior.* — New York: Appleton-Century-Crofts, 1957. — 486 p.
23. Ayllon T., Azrin N. *The Token Economy: A Motivational System for Therapy and Rehabilitation.* — New York: Appleton-Century-Crofts, 1968 — 288 p.