

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«ПЕРМСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

М. В. Бурдин, Е. С. Игнатова

# **ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ И ПСИХОТЕРАПИЯ:**

## **Технология сократического диалога**

*Допущено методическим советом  
Пермского государственного национального  
исследовательского университета в качестве  
учебного пособия для студентов, обучающихся  
по направлению подготовки бакалавров «Психология»  
и специальности «Клиническая психология»*



Пермь 2019

УДК 159.9.072 (075.8)  
ББК 88.91я 73-1  
Б912

**Бурдин М. В., Игнатова Е. С.**

Б921 Психологическое консультирование и психотерапия: технология сократического диалога [Электронный ресурс]: учеб. пособие / М. В. Бурдин, Е. С. Игнатова; Перм. гос. нац. исслед. ун-т. – Электрон. дан. – Пермь, 2019. – 1,23 Мб; 88 с. – Режим доступа: <http://www.psu.ru/files/docs/science/books/uchebnie-posobiya/psikhologicheskoe-konsultirovanie-i-psikhoterapiya-tehnologiya-sokraticheskogo-dialoga.pdf>. – Загл. с экрана.

ISBN 978-5-7944-3346-3

Пособие разработано в соответствии с требованиями к обязательному минимуму содержания и уровню подготовки бакалавров и специалистов, установленными федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования по направлению подготовки 37.03.01 «Психология», 37.05.01 «Клиническая психология», в соответствии с рабочей программой дисциплины «Психологическое консультирование и психотерапия».

В пособии рассмотрен ключевой инструмент психологического консультирования и психотерапии – сократический диалог. Обсуждается значение сократического диалога (как техники и как стратегического подхода к психологическому консультированию и психотерапии), структура сократического диалога, фазы применения, возможности и ограничения использования, способы совершенствования. Отдельно рассмотрены особенности применения сократического диалога в психологическом консультировании детей и подростков.

Каждая часть завершается вопросами для самоконтроля и заданиями для самостоятельной работы (включая клинические примеры).

Предназначено студентам, изучающим курс «Психологическое консультирование и психотерапия». Может быть полезно читателям, интересующимся психологическим тестированием.

**УДК 159.9.072 (075.8)**

**ББК 88.91я 73-1**

*Издается по решению ученого совета философско-социологического факультета  
Пермского государственного национального исследовательского университета*

*Рецензенты:* кафедра психотерапии и сексологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова (зав. кафедрой, д-р мед. наук, профессор **С. М. Бабин**);

канд. мед. наук, доцент кафедры психосоматики и психотерапии Санкт-Петербургского государственного педагогического медицинского университета **М. В. Земляных**

ISBN 978-5-7944-3346-3

© Бурдин М. В., Игнатова Е. С., 2019

© ПГНИУ, 2019

## Содержание

Введение. Цели и задачи пособия .....	5
История понятия, Сократ, его эпистемология, майевтика, принцип ведения диалога.....	7
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	8
<i>Задания для самостоятельной работы</i> .....	8
Сократический диалог в психотерапии и консультировании. Определение .....	9
Сократический диалог как средство работы с когнициями и его применение в различных направлениях психотерапии.....	10
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	13
Структура сократического подхода к консультированию .....	14
1. Систематическое опрашивание .....	15
<i>Вопросы и задания для самостоятельной работы</i> .....	22
2. Индуктивное мышление.....	22
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	33
<i>Задание для самостоятельной работы</i> .....	33
3. Универсальные определения .....	33
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	36
Стадии проведения сократического диалога в когнитивно- поведенческой терапии.....	38
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	42
Стиль терапевта и терапевтические отношения при проведении сократического диалога.....	43
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	52
Оценка уровня компетентности использования сократического диалога .....	53

Ограничения и противопоказания к использованию	
сократического диалога.....	55
<i>Вопросы для самопроверки:</i> .....	55
Сократический диалог в консультировании детей и подростков...	56
<i>Вопросы для самоконтроля</i> .....	62
<i>Задания для самостоятельной работы</i> .....	63
Заключение. Сократический диалог с точки зрения модели	
общих факторов психотерапии.....	64
<i>Вопросы для самопроверки</i> .....	68
Глоссарий.....	69
Список литературы .....	77
Приложения .....	84

## **Введение. Цели и задачи пособия**

Задача пособия – определить объем понятия «сократический диалог»; обосновать использование его в двух основных значениях – как техники и как стратегического подхода к процессу психологического консультирования и психотерапии. Рассмотреть структуру сократического диалога и фазы его применения в консультировании и психотерапии, возможности и ограничения в использовании, а также способы совершенствования сократического диалога как одного из важнейших инструментов в арсенале психолога и психотерапевта независимо от его теоретической ориентации.

В результате освоения дисциплины «Психологическое консультирование и психотерапия» у обучающегося должны быть сформированы определенные компетенции.

1. 37.05.01. Клиническая психология (направленность: Психологическое обеспечение в чрезвычайных и экстремальных ситуациях):

ПК.9 – способность ориентироваться в основных направлениях клинико-психологических вмешательств (психотерапия и психологическое консультирование) и понимать теоретическую обоснованность их применения.

ПК.10 – способность получать и анализировать информацию, необходимую для определения (постановки) целей психологического вмешательства, разрабатывать программы вмешательства (самостоятельно или коллегиально) в соответствии с нозологическими, синдромальными и индивидуально-психологическими характеристиками пациентов (клиентов).

ПК.11 – способность квалифицированно реализовывать программы клинико-психологического вмешательства в соответствии с задачами профилактики, лечения, реабилитации и развития.

ПК.12 – способность рефлексировать в связи с процессом клинико-психологического вмешательства и формулировать рекомендации по поводу его результатов.

2. 37.03.01. Психология (направленность: Программа широкого профиля):

ПК.4 – способность участвовать в реализации программ оказания психологической помощи, предполагающих использование традиционных методов и технологий.

*Общие замечания.* В настоящем пособии мы рассматриваем психологическое консультирование как «процесс, направленный на помощь человеку в разрешении (поиске путей разрешения) возникающих у него проблем и затруднений психологического характера» (Карвасарский Б. Д., 2006). Поскольку различные виды индивидуального консультирования, в частности, личностно-ориентированное, тесно примыкают к процессу психотерапии, они используют идентичные клинико-психологические интервенции. Провести четкую грань между ними трудно, в дальнейшем мы будем иметь в виду это, например, при описании общих факторов психотерапии или истории использования сократического диалога как в психотерапии, так и в консультировании. Соответственно, в большинстве случаев используются термины «специалист» (консультант) и «клиент». Термины «пациент» и «терапия» могут быть использованы, если речь идет о клиническом примере.

## История понятия, Сократ, его эпистемология, майевтика, принцип ведения диалога

Метод сократического диалога восходит к деятельности древнегреческого философа Сократа (470–399 до н.э.), известной из произведений его учеников: Ксенофонта («Воспоминания о Сократе») и Платона («Диалоги»). В отличие от софистов Сократ практиковал беседу (чередование вопросов и ответов), а не «состязание» в связных речах, содержавших законченное изложение какого-либо взгляда. Целью в таком диалоге было обнаружение истины, а не победа в споре. Основными же темами бесед становились, например, моральные принципы того времени: благочестие, мудрость, мужество, справедливость, сдержанность. При этом Сократ держал себя с учениками на равных, не ставя себя выше их и не выдавая себя за «учителя мудрости», которому истина дана в готовом виде и который способен ей обучить.

Первая часть беседы, обозначаемая как сократовская *ирония*, заключалась в притворном неведении, целью ее было демонстрирование собеседнику ложности внешнего, как бы очевидного знания, основанного на некритически усвоенных положениях, к примеру, от внешних авторитетов. Последовательно задаваемые Сократом вопросы приводили к обнаружению противоречий в позиции отвечающего. Второй частью беседы являлась *майевтика* – «искусство помочь родиться знанию», по Сократу, тонкое искусство «родовспоможения». Мать Сократа Фенарета была повитухой, и философ нередко говорил, что его работа похожа на такое ремесло: «В моем повивальном искусстве почти все так же, как и у них, – отличие, пожалуй, лишь в том, что я принимаю у мужей, а не у жен, и принимаю роды души, а не плоти. Самое же великое в нашем искусстве – то, что мы можем разными способами допытываться, рождает ли мысль юноши ложный призрак или же истинный и полноценный плод. К тому же и со мной получается то же, что с повитухами: сам я в мудрости уже неплоден, и за что меня многие порицали, – что-де я все выпрашиваю у других, а сам никаких ответов никогда не даю,

потому что сам никакой мудрости не ведаю, – это правда. А причина вот в чем: бог понуждает меня принимать, роды же мне воспрещает» (Платон «Теэтет»). Таким образом, майевтика – процесс обнаружения истины, уже имеющейся у человека, но которая становится доступной его сознанию в результате специально организованного Сократом совместного исследования путем вопросов и ответов.

Основные идеи и принципы сократического диалога как способа обнаружения, усвоения и передачи знания широко применяются в различных сферах: от психологического консультирования и психотерапии до педагогики и юриспруденции [см., напр.: Бренифье О., 2016].

#### *Вопросы для самопроверки*

1. Что такое сократический диалог? Когда он появился? В чем новаторство метода, используемого Сократом?
2. Каковы основные функции сократовской иронии и майевтики?
3. Как сократический диалог способствует развитию критического мышления?

#### *Задания для самостоятельной работы*

1. Вспомните, были ли в вашей жизни случаи применения сократического диалога? Как это происходило?

Напишите текст с результатами анализа (не менее 100 слов), аргументируя выводы.

2. Прочитайте пьесу Э. Радзинского «Беседы с Сократом» (URL: <https://libking.ru/books/poetry-/dramaturgy/78351-edvard-radzinskiy-besedy-s-sokratom.html>). Проанализируйте и выделите элементы сократического диалога.

Напишите текст с результатами анализа (не менее 100 слов), аргументируя выводы.

## **Сократический диалог в психотерапии и консультировании.**

### **Определение**

Несмотря на большое количество упоминаний и ссылок на сократические принципы ведения беседы с клиентом как специализированной интервенции, общепринятого определения сократического диалога не существует. Известный исследователь этой темы J. Overholser сформулировал общее понимание психотерапевтами этого стиля консультирования в следующем виде: «...сократический метод интервьюирования поощряет клиента рассматривать, оценивать и синтезировать различные источники информации, большинство из которых уже были известны клиенту ранее» (Overholser J., 1987, 1993).

В настоящем пособии мы также будем пользоваться дефиницией одного из ведущих исследователей, преподавателей и практиков в области когнитивно-поведенческой терапии К. Падески, по мнению которой, «сократический диалог заключается в том, чтобы задавать клиенту вопросы: а) на которые клиент может ответить на основании своих знаний; б) которые привлекают внимание клиента к информации, имеющей непосредственное отношение к обсуждаемой теме, но ранее она могла находиться вне текущего фокуса внимания клиента; в) которые в целом направляют от частного к более общему с тем, чтобы г) клиент смог в итоге использовать новую информацию, чтобы либо подвергнуть свое прошлое заключение переоценке, либо сконструировать новую идею» (Padesky C. A. 1993). Следует отметить, что это определение подчеркивает идею К. Падески об отличии сократического диалога как части общей стратегии направляемого открытия от представления о сократическом диалоге как технике изменения убеждений клиента (см. ниже). Учитывая это отличие, здесь и далее мы будем использовать выражения «сократический стиль консультирования» (в широком смысле) и «техника сократического диалога» (в узком смысле) соответственно.

## **Сократический диалог как средство работы с когнициями и его применение в различных направлениях психотерапии**

О важности сократического диалога в психотерапии известно со времен П. Дюбуа, который первым указал на перспективность именно такого способа работы с убеждениями («умственными представлениями») пациента, хотя в применении Дюбуа сократический диалог носил скорее дидактический характер (Дюбуа П., 1913). Серьезное внимание на этот принцип в своей работе обращали создатели «второй» и «третьей» венских школ психотерапии А. Адлер и В. Франкл. В логотерапии вообще сократический диалог считается одной из ведущих терапевтических техник, а ряд современных подходов, ориентированных на работу со смыслом и ценностями, используют техники задавания вопросов как одни из центральных [Вонг П. Т., 2013; Heyes S. C., 2010]. Основоположник клиент-центрированной терапии К. Роджерс также указывал, что клиент, обнаруживая в процессе консультирования непоследовательность в своих убеждениях, осознает области своего незнания, после чего начинает изучать свои перцепции и интерпретации более внимательно (Роджерс К., 1951). В целом, как отмечают философы и методологи современной психотерапии, диалогическая форма осмысления реальности характерна для психотерапии вообще как герменевтической дисциплины (Ромек Е. А., 2005).

Но сократический диалог по определению – это работа с когнитивными содержаниями психики. Поэтому закономерно, что наибольшую разработанность сократический диалог получил в работах представителей когнитивно-поведенческого подхода и большинство примеров настоящего пособия относятся именно к этому направлению. Наблюдаемое в современной психотерапии разнообразие когнитивно-ориентированных подходов основывается на различных, хотя и во многом пересекающихся, взглядах на когниции как на объект терапевтического вмешательства. Д. Мейхенбаум, обобщая эти взгляды, описал три основные ключевые метафоры рассмотрения когнитивных процессов в терапевтическом ракурсе (Meichenbaum D., 1993):

1. Когниции – это скрытое поведение («коверант»), развивающееся по тем же законам обусловливания, что и любое другое поведение. Например, привычка к самообвинению, мысленному обзыванию себя «последними словами» в случае, если что-то не получается, может происходить из опыта клиента и впоследствии подкрепляться ситуациями, когда самообвинение как будто бы приводило к улучшению результатов (это возможно в соответствии с механизмами *регрессии к среднему* или *избирательному восприятию* с лучшим запоминанием ситуаций, когда самообвинение «помогало»). В этом случае вопросы сократического диалога будут направлены на выявление типичных образцов такого поведения с последующей модификацией поведенческими методами – репетицией, позитивными самоутверждающими высказываниями (аффирмациями), ролевым проигрыванием «как если бы» и т.д.;

2. Метафора когниций как «информационного процессинга» подразумевает традиционное для когнитивной психологии в целом уподобление мозга компьютеру, обрабатывающему поступающую информацию. Поскольку такая обработка в силу разных причин происходит тенденциозным, искажающим образом, мишенью работы в этом случае является обнаружение характерных *когнитивных искажений*, ошибок мышления, которые затем могут быть опровергнуты, например логическим или эмпирическим путем;

3. Третья метафора характерна для подходов, основанных на социальном конструктивизме, и предполагает, что человек активно конструирует собственную реальность и создает свои репрезентации окружающего мира. Отличие от предыдущего подхода социальные конструктивисты видят в том, что не существует некоей единой «правильной» реальности, которую клиент научится видеть, избавившись от искажений, но есть потенциально бесконечное множество возможных описаний реальности. Задача терапевта при этом – показать клиенту, каким образом происходит его индивидуальное конструирование, оценить полезность именно такого описания мира и дать инструменты для расширения возможностей по

порождению альтернативных точек зрения, среди которых можно выбрать более подходящую и адаптивную. Создание возможности выбора взамен устоявшегося клишированного взгляда на вещи и является терапевтической возможностью для клиента.

Соответственно, задавание вопросов сократическим способом направлено на достижение этой цели. Поэтому конструктивистские подходы, такие, как терапия, ориентированная на решение, нарративная терапия или некоторые школы семейной терапии (стратегическая семейная терапия), имеют собственные типологии вопросов и принципы интервью. Предлагаемые этими школами техники обычно не ссылаются буквально на традицию сократического диалога, но по сути также являются инструментами, побуждающими терапевта и клиента к совместному исследованию репрезентаций реальности последнего и ее ограничений.

Важно отметить, что в современных направлениях психотерапии и консультирования три приведенные метафоры не противопоставляются друг другу, а скорее существуют параллельно (Meichenbaum D., 1993). Хорошей иллюстрацией возможности продуктивно интегрировать различные подходы является *мотивационное консультирование* – разработанная В. Миллером и С. Рольником система интервенций, первоначально предназначенная для повышения мотивации и приверженности терапии у пациентов, страдающих химическими аддикциями. Мотивационное консультирование может рассматриваться как интеграция клиент-центрированного и когнитивно-поведенческого подходов и, во-первых, предлагает разработанную стадийность и типологию вопросов, расширяющих в сократическом стиле понимание пациентом своей проблемы. Во-вторых, этот подход предполагает особую позицию специалиста, характеризующуюся отказом от прямых советов и давления – т.н. *«выпрямительного рефлекса консультанта»*. Вместо этого необходимым условием повышения мотивации клиента и преодоления естественной амбивалентности к изменениям является установление отношений сотрудничества с целью совместной работы над

извлечением знания, уже имеющегося у человека, но до сих пор не востребованного в терапевтических целях.

*Вопросы для самопроверки*

1. Кто первым указал важность использования сократического диалога в терапевтическом диалоге?

2. В каком направлении психотерапии больше всего разработан сократический диалог?

3. Какие три метафоры можно использовать при рассмотрении когнитивных процессов в терапии?

## Структура сократического подхода к консультированию

Несмотря на долгую историю использования сократического стиля в консультировании и терапии, его конкретная структура и основные черты долгое время оставались недостаточно проясненными, что затрудняло применение, исследование и освоение этого важного психотерапевтического навыка. Описание основных элементов, составляющих сократический диалог, в настоящем пособии приводится на основе работ Overholser (Overholser J., 1993 – 1997, 2010, 2011).

В качестве первого основного компонента автором были выделены сократические вопросы, последовательность которых составляет наиболее яркую и заметную внешне черту этого метода. Действительно, ситуация, при которой новое знание возникает не путем прямого предоставления информации, а путем последовательного задавания вопросов (систематического опрашивания), составляет, наверное, наиболее отчетливое отличие от других способов профессионального консультативного взаимодействия. Следующую характерную черту сократического метода представляет собой индуктивное рассуждение, позволяющее управлять процессом поиска убеждений клиента и исследования различных аспектов его жизни. Работа с общими (универсальными) определениями дает возможность фокусироваться не на отдельных событиях, но на наиболее типичных паттернах функционирования клиента, а с другой стороны, помогает выявить проблемы и искажения в формулировании и использовании общих определений. Наконец, процесс «дезаурирования знания» терапевтом и клиентом дает возможность осознавать ограничения своих предшествующих убеждений и знаний. Для того чтобы процесс был эффективным, все четыре элемента должны присутствовать.

Рассмотрим подробнее структуру и примеры использования приведенных компонентов.

## 1. Систематическое опрашивание

Процесс консультирования вообще и сократического диалога в частности подразумевает использование разных типов вопросов, имеющих разные функции. Выбор типа вопроса в каждый момент сессии дает возможность повернуть ход беседы в том или ином направлении.

Bloom (1956) и Sanders (1966) описывают семь типов вопросов:

1. Вопросы, направленные на сбор информации;
2. Преобразующие вопросы;
3. Интерпретационные вопросы;
4. Вопросы применения (прикладные вопросы);
5. Аналитические вопросы;
6. Синтетические вопросы;
7. Оценочные вопросы.

*Вопросы, направленные на сбор информации (вопросы к памяти),*

побуждают клиента припомнить, осознать или уточнить информацию, необходимую для ответа.

- Когда вы впервые осознали это как проблему?
- Когда это случилось в последний раз?
- О чем вы подумали в тот момент?
- Какие конкретно слова вашей жены вызвали чувство злости?

Уточняющие факты и адресующиеся к памяти вопросы нужны, чтобы собрать первичную информацию для дальнейшего использования. Поэтому закономерно, что их удельный вес выше на ранних этапах консультирования. При этом следует учитывать, что воспоминания могут быть искаженными, ответы клиента не могут дать объективной картины по определению, однако даже в этом случае ответы на такие вопросы несут важную информацию.

Другой важной функцией этих вопросов является исследование того, какие слова (эпитеты и определения) клиент использует, как предпочитает при развернутых ответах структурировать свою историю, что особенно подчеркивается в подходах, основанных на идеях социального конструкционизма.

На более поздних этапах консультирования большую роль начинает приобретать терапевтическая функция этих вопросов. Существуют две основные возможности использования вопросов, направленных на сбор информации, с терапевтической целью:

- 1) применение вопросов для направления внимания клиента на те аспекты его собственного опыта, которые пока им не задействованы;
- 2) обнаружение фактов, которые напрямую опровергают убеждения клиента.

Терапевт может готовить тот или иной вопрос либо уже зная, что реальный опыт клиента противоречит его убеждениям («Что происходило, когда вы раньше выступали перед публикой, смеялись ли над вами?»), либо находясь в процессе «свободного поиска данных», которые могут привести к обнаружению противоречий, а могут и не привести («Знаете ли вы о ком-то, кто уже пробовал возражать вашему шефу? Чем это заканчивалось?»).

*Преобразующие вопросы создают для клиента задачу несколько трансформировать информацию или высказанную идею в другую, но параллельную форму:*

- Что это значит для вас?
- Что бы ваша мать сказала по этому поводу?
- Если бы ваш прогноз сбылся, как бы это характеризовало вас как человека?

Преобразующие вопросы помогают идентифицировать пробелы в понимании клиента и являются основным способом стимулирования индуктивного рассуждения клиента – также важной части сократического диалога (см. «Индуктивное мышление»). Этот тип вопросов используется в классической когнитивной технике «падающей стрелы», описанной А. Беком, позволяющей перейти от описания автоматических мыслей к глубинным убеждениям клиента. Во многих случаях преобразующие вопросы позволяют выявить индивидуальную, идиосинкразическую оценку события, которое может стать основной мишенью дальнейшей работы. Как, например, в диалоге с пациентом, описывающим контрастные навязчивости:

Т<sup>1</sup>: Что вы думаете о себе, когда осознаете, что вам в голову приходят такие мысли?

К: Я думаю, что я плохой человек, порочный, грязный.

Именно это приданное самим пациентом значение определяет его эмоциональную реакцию на Obsессию, а далее – и поведение, направленное на попытки контролировать свои мысли.

*Интерпретационные вопросы* помогают обнаружить неявные связи, отношения и параллели между фактами, обобщениями, эмоциональными и поведенческими реакциями. Этот тип вопросов в еще большей степени «сократический», поскольку клиент узнает больше, когда обнаруживает эти связи сам, а не получает эти сведения в готовом виде от терапевта.

- Чем эти две ситуации похожи, чем они различаются?
- Видите ли вы что-то общее в проблемах в семье и на работе?
- Какой вывод мы могли бы извлечь из прошлого срыва?
- Как вы сейчас относитесь к тому, что пошли на прогулку, с учетом того, что это изначально казалось вам бессмысленной затеей?

Интерпретационные вопросы делают акцент на том, что информация, необходимая для поиска выхода из сложной ситуации или обнаружения способа справиться с проблемой, уже имеется в опыте клиента, что также стимулирует индуктивное мышление.

*Вопросы применения (прикладные вопросы)* побуждают клиента применить информацию или навык к конкретной проблемной ситуации:

- Что вы уже пробовали сделать, чтобы справиться с проблемой?
- Как вы собираетесь осуществить эти изменения?
- Если бы вы приняли это решение окончательно, с чего бы вы начали его реализацию?

Сократический характер этих вопросов состоит в том, что клиент побуждается к описанию знания, способа или навыка, которым уже владеет, но который до сих пор не находился в поле его внимания. Прикладные

---

<sup>1</sup> Т – терапевт; К – клиент.

вопросы часто становятся «мостом», перебрасываемым от обсуждения проблемы на сессии к поведенческому эксперименту, выполняемому в качестве домашнего задания. К примеру, терапевт и клиент с логоневрозом в ходе совместной работы обнаруживают, что попытки скрыть заикание приводят к добавочному напряжению и учащению запинок в речи. В качестве домашнего задания они обсуждают проверку новой идеи: «Возможно, если я скажу о своем заикании сразу, это снизит тревогу, напряжение и позволит чувствовать себя лучше, а заикаться – меньше». Прикладные вопросы могут звучать так: «В каких обстоятельствах вы могли бы проверить это предположение, например, на следующей неделе?» и «Как вы поймете, что новое предположение подтверждается практикой?»

*Аналитические вопросы* предлагают клиенту рассмотреть проблему путем разбивки ее на составные части. Прежде всего они направляют внимание клиента на мыслительные процессы, которые он использует, приходя к определенным выводам. Используются принципы дедуктивной логики, которые помогают выявить, в какой степени выводы клиента основаны на объективных фактах и логически последовательны:

- Что делает вас настолько уверенным в таком развитии событий?
- Какие причины у вас есть, чтобы верить в это?
- Какие свидетельства в пользу этого у вас есть?
- Что делает эту ситуацию настолько плохой для вас?

Аналитические вопросы – ведущая часть техники «сбор доказательств “за” и “против” выявленного убеждения в когнитивно-поведенческом подходе» (Бек Дж., 2018).

*Синтетические вопросы* поощряют клиента к решению проблемы креативным дивергентным мышлением. Вопросы направлены на рассмотрение множества возможных решений и способов отношения ситуации.

- Какие другие способы вы видите для решения этой проблемы?
- Как бы это оценил другой человек, оказавшийся на вашем месте?

- Как рассуждает ваша подруга, которая не переживает по этому поводу?

- Если бы вы услышали эти факты о другой женщине, вы бы сделали вывод, что она эгоистка?

- Если бы вам было все равно, что о вас подумают коллеги, это бы увеличило количество вариантов того, как поступить?

Индуктивные элементы из разных источников могут впоследствии быть объединены в единый новый паттерн. Синтетические вопросы широко используются в технологии решения проблем (Федоров А. П., 2002) на стадии генерации альтернатив.

К синтетическим вопросам могут быть отнесены и некоторые типы вопросов, рекомендуемых в парадигме социального конструктивизма. Это «вопросы на исключение» в нарративной терапии, например: «Бывали ли случаи, когда эта проблема не проявлялась? Как и при каких обстоятельствах это происходило?». По форме эти вопросы направлены на сбор информации, но по эффекту они приближаются к синтетическим. Похожий принцип положен и в основу конструирования так называемого «чудесного вопроса» в ориентированной на решение краткосрочной терапии (De Jong P., Insoo Kim Berg, 1997, 2002). Эта техника выполняет многообразные функции – стимулирует обращение клиента к собственным внутренним ресурсам, обращает его внимание на те аспекты реальности, которые уже не вписываются в «проблемный нарратив», создает новую историю, в которой изменение возможно и т.д. Приведем одну из развернутых формулировок «чудесного вопроса»: «представьте, что сегодня вечером вы приходите домой, делаете все обычные дела и ложитесь спать. Вы засыпаете, и, конечно, не знаете, что происходит вокруг. Но пока вы спите, происходит чудо. Как волшебство, проблема, с которой вы пришли ко мне, решилась. Поскольку вы спите, вы об этом и не подозреваете и не знаете, что именно произошло. Как вы думаете, что вы заметите на следующее утро и как вы узнаете о том, что проблемы уже нет?» (цит. по: Михальский А. В., 2015).

*Оценивающие вопросы* предлагают клиенту дать оценочное суждение относительно определенного феномена в соответствии с неким заданным стандартом. Процесс оценки в этом смысле состоит из двух этапов – вначале проясняется субъективный стандарт клиента, а потом выясняется, как близко конкретная идея или поведение соответствуют этому стандарту.

- Можете ли вы охарактеризовать людей «вашего круга»?
- Что для вас значит – творческая работа?
- Какими характеристиками должен обладать стопроцентный неудачник?

Оценивающие вопросы помогают клиенту прояснить и интегрировать важные мысли и чувства, а также подойти к формулированию важных общих определений как отдельных мишеней для последующей когнитивной работы.

Указанные категории перечислены в порядке условного возрастания «сократичности» – т.е., к примеру, аналитические, синтетические и оценивающие вопросы в большей степени направлены на увеличение уровня когнитивного понимания проблемы. Именно это является общей задачей терапевта, ведущего сократический диалог, – побудить клиента не просто дать ответ, а дать старт к самостоятельному размышлению, рассматривать обсуждаемую тему во всех аспектах и использовать как основание свой собственный опыт. Задавание вопросов с этой целью можно сравнить с помощью ребенку в собирании пазла – мы не показываем, куда нужно подставить очередной фрагмент, но заботимся о том, чтобы все они были выложены на стол (метафора J. Overholzer). С этой целью в реальном диалоге разные типы/форматы вопросов смешиваются. Перечисленные категории вопросов, конечно, не исчерпывают все существующие возможности.

#### *Рекомендации по проведению опроса*

При опросе следует избегать типичных ошибок:

1. «Бомбардировка вопросами», создающая впечатление допроса. Чтобы избежать этого, часть реплик могут быть сформулированы в виде догадок, предположений терапевта, незаконченных предложений и т.д. Предпочтительнее короткие последовательности вопросов, чередующиеся с

«несократическими» вербальными техниками – предоставлением информации, отражением чувств, самораскрытием и т.д.;

2. Создание ощущения интеллектуального состязания, в котором после серии вопросов терапевт готовится продемонстрировать свое превосходство (К. Падески). Такая тактика близка к технике, применяемой под названием «логический диспут» (см. ниже), но здесь также сходство с интеллектуальным состязанием мнимое: диспут является техникой заранее объявленной и согласованной во время сессии. Т.е. клиент понимает, что происходит совместная работа по оспариванию его убеждения, а не попытка психотерапевта самоутвердиться за счет клиента;

3. Недооценка резюмирования и переформулирования. Периодически во время опроса терапевт подытоживает то, что услышал, начиная со слов: «Правильно ли я понял?», «Давайте суммируем сказанное». Также можно попросить самого клиента резюмировать только что состоявшуюся часть диалога.

4. Ведение диалога без достаточного учета эмоционального состояния, актуального запроса клиента, а также его навыка рефлексии. Для некоторых клиентов слишком большое количество «открытых» вопросов создает значительный дискомфорт;

5. Потеря баланса между настойчивостью и целенаправленностью, с одной стороны, и гибкостью – с другой. Выбранная тактика должна быть вариативной: например, полученный ответ от клиента «Я не знаю, что вам сказать» еще не обязательно означает сигнал к отказу от сократического диалога. Возможно, другой тип вопроса даст новую информацию и откроет новые возможности.

Внимание, уделенное созданию терапевтических отношений во время сессии, даже если это разовая консультация, практически всегда позволяет нивелировать эти затруднения (см. раздел «Стиль терапевта и терапевтические отношения при проведении сократического диалога»).

## *Вопросы и задания для самостоятельной работы*

1. Какие основные типы вопросов применяются в процессе сократического диалога?
2. Какие основные ошибки встречаются при проведении опроса?
3. Прочитайте пример сократического диалога в Приложении 2 и классифицируйте вопросы, использованные терапевтом, по типам.

## **2. Индуктивное мышление**

**Последовательное задавание вопросов**, что обсуждалось в предыдущем разделе, одной из своих основных целей имеет побуждение клиента к *индуктивному рассуждению* и умозаключению. Индуктивное мышление предполагает установление общих положений и принципов на основе некоторого количества частных данных. В консультировании и терапии это означает, что подвергается исследованию способ, которым клиент выводит общие умозаключения из опыта. Базовый процесс индукции в данном случае – анализ сходств и различий между конкретными объектами, путем чего выводятся общие принципы обо всем классе событий.

Среди компонентов индуктивного мышления в сократическом диалоге рассматриваются три основных: *перечисляющие обобщения* (обобщения на основе перечисления, перечислительная индукция), *сравнения по аналогии* и *элиминативные каузальные объяснения*.

*Обобщения на основе перечисления* – индуктивный прием, в ходе которого выводы обо всей совокупности явлений, событий делаются на основе знаний только о некоторых членах группы.

В ходе консультирования зачастую выявляется, что подобные обобщения часто проводятся в тенденциозной, нелогичной манере, что является причиной многих когнитивных искажений, или ошибок мышления (Бек А., Фримен А., 2017; Бек Дж., 2018; Гринбергер Д., Падески К., 2008; МакКей Д. и соавт., 2018). Например, клиенты обнаруживают склонность делать глобальный вывод на основании очень ограниченного количества

ситуаций (*сверхобобщение*) или подбирают информацию, соответствующую уже имеющимся предположениям (*селективное восприятие*):

– «Я слышала несколько историй о неправильно поставленных диагнозах – к врачам обращаться нет смысла»;

– «У меня был опыт неудачных отношений с девушками, следовательно, все девушки меркантильны и эгоистичны»;

– «Я постоянно вижу в Интернете информацию об авиакатастрофах, значит, летать опасно».

### *Подтипы обобщений*

Выявленные обобщения (генерализации) могут касаться разных типов явлений. На практике мишенями терапевтической работы могут стать обобщения о людях (например: «Все женщины», «Все интроверты»), событиях («Я ошибся дважды во время выступления на сцене – это провал!»), целях («хороший брак») и абстрактных социальных концептах («любовь», «справедливость»). Разновидностью обобщений о людях могут считаться часто выявляемые самоописания (селф-концепты) «Я неудачник», «Я никчемный», «Я неблагодарный» и т.д. Эти негативные селф-концепты выделяются как разновидность отдельного когнитивного искажения «наклеивание ярлыка» и обычно возникают вследствие действия универсальных когнитивных процессов, известных как *дихотомическое («черно-белое») мышление, негативный фильтр, обесценивание*, что характерно для депрессии (Beck A., 1979).

### *Применение в терапии*

Процесс изучения обобщений в консультировании и терапии не ограничивается совместным выявлением свойственных клиенту логических ошибок. Другая важная функция этого индуктивного рассуждения состоит в том, что оно также может помочь специалисту и клиенту увидеть повторяющиеся паттерны событий (через интерпретационные вопросы типа «Как это связано с тем, что мы обсуждали ранее?», «Что из того, что мы узнали из вашего конфликта с родителями, может помочь нам в этой ситуации?») и начать предвидеть вновь возникающие проблемы этого типа.

Обычно это приводит к постановке новых задач, например, направленных на освоение новых навыков: управления гневом, релаксации, коммуникативной компетентности и многих других.

### *Сравнения по аналогии (индуктивные аналогии)*

В отличие от предыдущего компонента, при сравнении по аналогии не отдельные примеры используются для оценки всей совокупности, а один пример является основой для вывода следующего события.

Например, клиент, молодой мужчина, в прошлом пережил ситуацию, когда после однократной сексуальной неудачи его партнерша выразила свое разочарование и впоследствии отношения прекратились. Это послужило причиной для «наклеивания ярлыка» «я импотент, и никакая женщина не захочет иметь со мной дело». К моменту обращения клиент чувствовал интерес со стороны коллеги по работе, которая ему тоже очень нравилась, но из-за описанного хода мыслей он чувствовал тревогу и подавленность и избегал развивать отношения.

В процессе сократического диалога клиенту рекомендуют использовать сравнения по аналогии, но не по поверхностным, а по более значительным признакам, что позволяет увеличить когнитивную гибкость и за счет этого прийти к более реалистичной оценке.

В приведенном примере стратегия заключается в том, чтобы помочь обнаружить поверхностность аналогии и, следовательно, произвольность сделанного негативного вывода.

Сократические вопросы аналитического («На чем конкретно основана ваша уверенность, что эта девушка отреагирует так же, как и та?») и синтетического типа («Какая еще, кроме разочарования, может быть реакция у вашей подруги, если во время близости у вас не возникнет эрекция?») стимулировали формулирование новой точки зрения: «Она вряд ли отвергнет меня, даже если я потерплю неудачу в постели, поскольку у нее есть чувства ко мне и наши отношения более глубокие и устойчивые». Наиболее полезной для клиента в этом случае оказалась альтернативная мысль: девушка вместо

того, чтобы «наклеивать ярлыки», может расстроиться сама, считая себя недостаточно привлекательной. Эта мысль не приходила клиенту в голову раньше, но поощрение изучения возможных других точек зрения заставило его признать, что это довольно вероятное развитие событий, что значительно уменьшило тревогу и избегание.

### *Подтипы аналогий*

Часто встречающейся проблемной формой использования аналогий клиентом являются ситуации, когда умозаключения производятся на основании внешней схожести объектов, которые, однако, радикально различаются в основополагающих признаках (слабые, или псевдоанalogии). По сути, это спонтанное использование метафор без поправки на некорректность полного уподобления сравниваемых понятий. Источником выводов могут быть механические процессы, природные явления, медицинские ситуации, аналогии человеческих отношений (Holland J. et al., 1986).

Довольно характерной иллюстрацией «включения» неуместной метафоры, влияющей на принятие решений, может послужить когнитивное искажение, встречающееся у азартных игроков, которые воспринимают игровой автомат или букмекерскую контору как антропоморфное существо, с которым игрок состоит в отношениях «единоборства». Эту аналогию условно можно развернуть до категорического силлогизма с посылками: «Я должен побеждать в единоборствах», «ставки в “конторе” – единоборство» и выводом: «Я должен победить “контору”». Такое развертывание помогает обнаружить ложность второй (меньшей) посылки, к которой и будут в первую очередь адресованы сократические вопросы.

Другим примером псевдоанalogии могут служить суждения типа «Стрессы обязательно надломают мою психику». Здесь имеет место механическая метафора, уподобление психики («крыши» на жаргоне) некоей реальной крыше, которую могут сломать навалившиеся тяжелые объекты.

Приведем пример консультирования в рамках работы с клиническим случаем. У пациентки, проходящей довольно успешно терапию обсессивно-

компульсивного расстройства (ОКР), начинает возрастать тревога, когда она готовится планировать беременность. Ее беспокоит мысль, что во время беременности и после родов резко возрастет количество стрессов и степень ответственности, что очень сильно ухудшит ее состояние.

Фрагмент сократического диалога:

Т<sup>2</sup>: Что заставляет вас верить в это?

П: У меня очень многие темы вызывают беспокойство типа закрыла ли я дверь, не случилось ли чего с родными. Конечно, сейчас мне лучше, чем год назад. Но когда появится ребенок, этих поводов будет больше: здоров ли он, правильно ли я все делаю и все такое...

Т: Значит ли это, что вы думаете, что, помимо теперешних страхов, к ним прибавятся новые, связанные с тревогой по поводу ответственности за ребенка?

П: Да, конечно.

Т: Давайте попробуем вспомнить, что ранее происходило с вашими навязчивостями и страхами. Можете ли вы припомнить какой-нибудь страх, который мучил вас раньше, но сейчас уже неактуален

П: Да, я уже не беспокоюсь по поводу газовой плиты. И что подруга умрет, раньше я всегда должна была звонить ей или проверять ее статус онлайн Вконтакте. И что муж попадет в аварию. Это меня выматывало, и я помню, что не представляла, как это может прекратиться. Это все прошло. Но сейчас у меня другие темы, мое ОКР придумывает что-то новое все время!

Т: Да, это так. Но как будет правильно сказать: что новые темы прибавляются к старым или замещают старые?

П: Конечно, замещают: новое приходит, старые страхи уходят.

Т: И как вы думаете, что произойдет, когда родится ребенок?

П: Наверняка что-нибудь мне придет в голову тревожное, но одновременно я перестану переживать по поводу того, что есть сейчас.

Т: Насколько это вероятное развитие событий?

---

<sup>2</sup> Т – терапевт, П – пациент

П: Да, думаю, что так и будет. То есть в худшем случае одни навязчивые мысли заменятся на другие, а не добавятся к ним. А учитывая, что в целом мне лучше, возможно, через девять месяцев я научусь справляться с ними быстрее.

В данном диалоге пациентка установила произвольную «арифметическую» аналогию – «больше волнений и ответственности = больше навязчивых мыслей (старые + новые)», однако ее собственный опыт помог ей обнаружить необоснованность этого уподобления.

#### *Применение в терапии*

Терапевтическое использование индуктивных аналогий может заключаться в широком рассмотрении проблем клиента как, возможно, имеющих общий паттерн. Практическое значение этого состоит, во-первых, в том, что, прежде разрозненные, проблемные ситуации понимаются как имеющие общую природу и механизмы поддержания, т.е. «У меня не восемь проблем, а одна, проявляющаяся восемью способами».

Во-вторых, успешные копинг-стратегии из одной области могут быть в результате этого использованы и в других аналогичных ситуациях. Например, клиентка, испытывающая проблемы с контролем гнева в отношении сына-подростка, в результате исследования похожих ситуаций обнаружила, что аналогичные триггеры случаются в общении с ее собственной матерью. Но на «упрямство» матери она реагировала совершенно иначе, чем на «упрямство» сына. Дело в том, что поступки матери клиентка оценивала как проявление органических изменений в головном мозге, в то время как по поводу поведения сына выводы были другими. Это отчетливо обнаружилось при выполнении клиенткой домашнего задания – «Дневника автоматических мыслей».

Таблица 1. Пример «Дневника автоматических мыслей»

Ситуация	Мысль	Эмоция	Поведение
Мать отказывается принимать прописанные лекарства	Она, к сожалению, не совсем здорова, ее упрямство – симптом атеросклероза	Сожаление	Спокойно объясняю снова
Сын не выполняет договоренности звонить, когда задерживается	Он меня ни в грош не ставит!	Гнев	Крик, угрозы

Аналогия обнаружилась в том, что в обоих случаях близкий человек не делает чего-то однозначно логичного и адекватного. Однако клиентка была способна только одну из этих ситуаций воспринимать без чрезмерных эмоций, используя рациональные объяснения. Новая идея состояла в том, что раздражающие действия сына являются проявлениями особенностей психики подросткового возраста, которые требуют примерно такого же аккуратного отношения, подготовки и продумывания, как и общение с человеком, страдающим органическим поражением ЦНС.

*Исключающие (элиминативные) каузальные объяснения* направлены на изучение причинных связей между событиями и явлениями, что в традиции логики базируется на индуктивных методах установления причинных связей (т.н. канонах Бэкона-Милля).

Исключающие каузальные объяснения применительно к консультированию и психотерапии подразумевают изучение причин появления эффекта (в терминологии поведенческой терапии – нежелательного поведения) при различных обстоятельствах. Каузальные

объяснения, освобожденные от ложных причин, помогают клиентам понять, предвидеть и контролировать свое поведение и его последствия. Такие конкретные события, как, например, бессонница, семейный конфликт, эпизод переедания или прокрастинации, могут иметь причиной множество разных факторов – средовых и внутриличностных. Выяснение истинной причины (или причин) события, так же, как и отсечение ложных каузальных объяснений, имеет важное значение для планирования психологических интервенций. Поскольку если необходимое (в терминах логики) условие устранено, проблема не возникает.

Как неоднократно подчеркивалось в клинических наблюдениях, депрессивные клиенты искажают процессы атрибуции – считают себя причиной происходящих негативных событий, винят себя (Бек А., 1979). Например, мать может обвинять себя в том, что ребенок, посещающий детский сад, заболел ОРВИ. При этом она видит одну цепочку явлений: «Я решила отдать ребенка в детский сад, после этого он заболел», делая вывод о том, что ее решение явилось основной и единственной причиной страданий ребенка.

В качестве примера техники, отвечающей духу и букве сократического диалога, в данном случае может быть приведен прием «пирог ответственности» (Бек Дж., 2018). Клиентке предлагается изобразить секторальную диаграмму, на которой нужно отметить все возможные причины, внесшие вклад в это событие (например, переполненность детсадовской группы или то, что некоторые мамы отводят в сад больных детей), и оценить их удельный вес. Предложение возможных альтернативных причин в идеале исходит от самого клиента, но при выраженной неспособности сформулировать другие идеи терапевт может высказывать свои, чередуя их с догадками клиента.

В других случаях, например, при некоторых расстройствах личности или аддикциях, клиенты, наоборот, имеют тенденцию преуменьшать свою ответственность за происходящие события. Однако общим и в переоценке и в

недооценке своего вклада в события является то, что люди не склонны рассматривать весь спектр возможных объяснений.

Оценка причин явления проходит ряд стадий:

1) рассмотрение проблемного поведения в широком контексте, что позволяет оценить роль многих возможных причин;

2) формулировка возможной гипотезы (с учетом ошибки типа «после этого – значит поэтому»);

3) проверка гипотезы.

Для проверки в ряде случаев возможно тестирование – например, путем манипуляции средовыми факторами. Если возможно, то гипотеза тестируется дедуктивной логикой: способен ли эксперимент предсказать появление события.

К примеру, клиент, испытывающий проблемы с контролем гнева, может экспериментально проверить гипотезу: не связаны ли его вспышки раздражительности на работе с внешними факторами – недостаточным сном или невозможностью выделить время на любимое хобби. Эксперимент состоит в том, что в течение определенного времени клиент меняет свой режим дня в соответствии с планом и отмечает количество гневных реакций, затем сравнивает их с аналогичным предшествующим периодом.

В когнитивно-поведенческой терапии поиск истинной причины является одной ведущих техник освоения когнитивной модели. Клиент на примерах из собственной жизни убеждается в том, что различными в однотипных ситуациях являются его мысли, следовательно, именно они являются причиной его реакций.

Принцип каузальных объяснений как подтип индуктивного рассуждения полезен при выявлении так называемых мотивационных (т.е. перцептивных и когнитивных) предубеждений атрибуции (Канеман Д., Словик П., Тверски А., 2014). Остановимся на двух разновидностях этих ошибок атрибуции: на фундаментальной ошибке атрибуции и на «информативных не-происшествиях».

*Фундаментальная ошибка атрибуции* – склонность наблюдателей недооценивать влияние ситуативных факторов и переоценивать роль диспозициональных факторов в поведении других людей.

Пример. Клиент-мужчина, испытывающий проблемы с контролем гнева, особенно при вождении автомобиля, описывает один из триггеров своей деструктивной эмоциональной реакции:

К: Больше всего меня бесит, когда я возвращаюсь с дачи, попадаю в пробку и появляются «объезжалышки» по обочине, которые потом норовят вклиниться в основной поток – это просто бессовестные уроды, я считаю.

Т: А сами вы так никогда не делаете?

К: Иногда, но только когда я реально спешу!

В данном примере других интервенций не потребовалось – вопрос, по форме направленный на сбор информации, помог клиенту увидеть, как по-разному он объясняет одно и то же действие, в зависимости от того, является ли сам участником события (актером) или наблюдает его.

Склонность концентрироваться только на некоторых фрагментах окружающей реальности ведет и к другому виду ошибки атрибуции – *«информативным не-происшествиям»*, т. е. событиям, которые не произошли в данном контексте, но именно поэтому содержат потенциально значимую информацию.

Вот пример с предыдущим клиентом, на этот раз рассказывающим о своей тяжелой гневной реакции на некстати сломавшийся принтер. В процессе работы были выявлены следующие автоматические мысли: «Эта техника все время меня подводит! Всё против меня!» (сверхобобщение) и «Все ломается мне назло, именно тогда, когда я тороплюсь!».

Приведем фрагмент диалога по поводу первой мысли.

Т: А сколько у вас всего дома приборов и гаджетов, которые потенциально могут сломаться?

К: Ох, ну много. Компьютер, ноутбук, три смартфона - еще у жены и сына. Фотокамера.

Т: Бытовая техника?

К: Ну, конечно, микроволновка, утюг, стиральная машина. Холодильник, конечно. Тостер.

Т: И еще автомобиль.

К: Да, я понимаю, к чему вы. Получается, десятки разных устройств и приборов.

Т: И у каждого свой срок годности и определенная вероятность сломаться. Есть ли такие приборы, которые не сломались, несмотря на то, что уже долго вам служат?

К: Да, вот, например, пылесос; мы его купили, когда начали жить вместе с женой, и ничего ему не делается.

Т: Итак, есть множество разной техники. Как это соотносится с идеей, что «техника все время ломается, все против меня!»?

К: Да, действительно, я и не думал, что настолько много вокруг меня всяких приборов. И большинство служит верой и правдой. Когда включаешь и все работает – об этом не задумываешься.

Т: Если бы эта мысль пришла вам в голову, когда вы обнаружили, что принтер не работает, это бы повлияло на вашу реакцию?

К: Конечно, я бы вспомнил, что принтер уже не новый, и что когда-то он должен был сломаться, и что все остальное зато работает нормально. Вот как минимум пылесос – «за» меня (*смеется*).

Т: Какое задание могло бы укрепить эту точку зрения?

К: Мне даже самому стало интересно, сколько же наша семья использует разных девайсов. И сколько из этого количества работает дольше, чем гарантийный срок изготовителя, например. И можно попробовать обращать внимание не на то, что сломалось, а на то, что большую часть времени все работает как надо.

В данном случае не-событиями, которые оказались важны для изменения убеждения клиента, были факты отсутствия проблем с абсолютным большинством техники. Впоследствии навык замечания «не-событий» клиент перенес на другие сферы: в частности, отмечая разумные поступки жены (в противовес «необдуманному») и удачные действия

подчиненных на работе (взамен прежней своей концентрации на их «пассивности и несамостоятельности»). Будучи обнаруживаемой во многих ситуациях консультирования, эта ошибка атрибуции может рассматриваться как разновидность селективного восприятия.

Таким образом, все перечисленные компоненты и подтипы индуктивного мышления, применяемые по отдельности или в комбинации друг с другом, могут помочь клиенту дистанцироваться от эмоциональных аспектов проблемы или расширить свое понимание (концептуализацию) проблемы.

#### *Вопросы для самопроверки*

1. Какова структура сократического диалога (по J. Overholser)?

Приведите примеры компонентов сократического диалога.

2. Какие типы вопросов существуют в сократическом диалоге?

3. Каковы типичные ошибки при опрашивании?

4. Что собой представляет индуктивное мышление?

5. В чем суть техники «пирог ответственности»? Как эта техника может применяться в сократическом диалоге?

#### *Задание для самостоятельной работы*

1. Напишите несколько возможных способов оспаривания мысли клиента из приведенного в тексте примера: «Все ломается мне назло, именно тогда, когда я тороплюсь!»

### **3. Универсальные определения**

Описанные выше компоненты сократического диалога – систематическое опрашивание и индуктивное мышление – используются совместно для выведения *универсальных определений*. Универсальные определения, как правило, описывают то, как клиент воспринимает и понимает проблему. С точки зрения логики, универсальное определение – это понятие, которое может иметь ошибки, связанные с его объемом и/или

содержанием, а также с использованием размытых и некорректных дефиниций.

Универсальное определение может представлять собой поведенческий ярлык («агрессия», «безделье»), оценочный стандарт («успех», «хороший брак») либо абстрактное качество («любовь», «добро»).

Задачами терапевта в работе с универсальным определением будут следующие:

1. Помочь идентифицировать определение: оно должно по возможности точно описывать ситуацию, быть общеупотребительным (без использования оригинального или метафорического языка), не зависеть от средовых факторов и т.д.;

2. Оценить ограничения, связанные с выявленным определением – логические или функциональные;

3. Создать совместно новую дефиницию.

Для опровержения оригинальной дефиниции можно использовать контрпримеры, экстремальные примеры либо противоположный полюс определения. Частой тактикой является апелляция к эмпирическим наблюдениям:

- Знаете ли вы людей, считающих свою жизнь успешной, но при этом небогатых?

- «Неудача» противоположна «успеху», но есть ли конкретные примеры, содержащие в себе и то и другое?

Еще одним способом является выявление логической непоследовательности относительно других определений:

- Какие последствия будут, если это утверждение верно?
- Если вы «полный лузер» при том, что заняли третье место, как назвать тех, кто занял четвертое и ниже?

- Вы считаете себя «толстой», но подругу, у которой такая же фигура, к «толстым» не относите.

Третий вариант – проверка функциональной полезности используемого определения:

- Когда вы повторяете себе: «Я неспособный, я бесталанный», это помогает вам разучить эту пьесу или мешает?

- Что происходило в тех случаях, когда вы не начинали себя ругать?

Указанные три варианта сократического диалога по поводу универсальных определений в рамках рационально-эмотивно-поведенческой терапии (РЭПТ) описываются как три стратегии диспутирования: соответственно *эмпирический*, *логический* и *прагматический* диспуты (Beal D., Корес А. М., Digiuseppe R., 1996). Четвертая стратегия, выделенная авторами, – *стратегия рациональной альтернативы*, которая состоит в поиске другого определения, более адекватно описывающего ситуацию.

Пример. Клиентка рассказывает о ситуации, которая эмоционально очень значима для нее. Лучшая подруга распространила среди знакомых сведения, сообщенные ей по секрету, клиентка расценила это как «предательство», отношения с подругой после этого были прерваны. По просьбе психотерапевта клиентка определяет наиболее существенные признаки предательства, при этом в качестве типичного представителя класса понятий «предательство» по согласованию берется поступок Иуды. Этими признаками, по мнению клиентки, являются:

- а) причинение ущерба;

- б) нарушение данного слова или клятвы;

- в) сознательность этого поступка (понимание того, какие последствия наступят);

- г) получение выгоды от своего действия («тридцати сребреников»).

На втором этапе клиентку попросили оценить, каким из этих параметров соответствует поступок подруги. Выяснилось, что одному – негативный эффект действительно был причинен. Однако подруга:

- а) не получила никакой выгоды от своих действий,

- б) не вполне осознавала, какой ущерб она причиняет,

- и в) не давала обещания молчать (подразумевалось, что она «должна была понимать, что этого делать не следует»). Совместно с психотерапевтом было подобрано новое определение для поступка подруги –

«легкомысленность и дурость». Относиться к поступку как к «легкомысленному и неумному» для клиентки оказалось гораздо проще, чем к «предательству» близкого человека.

Аналогично другим компонентам сократического диалога цель работы с универсальными определениями – не изменить восприятие и убеждения клиента, а научиться оценивать свои убеждения критически и понять возможность существования других точек зрения.

### *Работа с универсальными определениями в терапевтических целях*

Важная роль работы с универсальными определениями состоит и в том, что они позволяют согласовать язык терапевта и клиента, избавиться от непонимания и неоднозначности в использовании терминов. Кроме того, как уже отмечалось выше, адекватное универсальное определение, являясь результатом качественно проведенного обобщения, может помочь более глубоко понять проблему, отражает движение от конкретных ситуационных проблем к общим, личностным.

Например, клиента, обратившегося по поводу постоянно подавленного настроения, спросили, какие общие черты он видит в разных сферах своей жизни: ситуациях, возникающих на его работе, в отношениях с женой, с сыном. Он определил их как «задвигание» собственных интересов, стремление угодить другим. Это универсальное определение было обозначено как типичная для клиента поведенческая стратегия, которая впоследствии и стала основной мишенью в совместной работе.

### *Вопросы для самопроверки*

1. Что представляют собой универсальные определения?
2. Что может быть содержанием универсального определения? Каковы задачи консультанта при работе с ним?
3. Какие варианты сократического диалога могут использоваться при работе с универсальными определениями?

### *Задание для самостоятельной работы.*

Для мысли «Только если я абсолютно на 100% уверена, что с моим здоровьем все в порядке (сдала свежие анализы, сделала УЗИ, МРТ и т.д), я могу радоваться жизни» приведены варианты сократических вопросов:

- Что для вас означает абсолютная уверенность?
- Если вы сделали МРТ и никакой патологии не выявлено, будет ли это справедливо на следующий день? А через неделю? А через месяц? В какой момент абсолютная уверенность заканчивается?
- Как сказывается на вашей жизни эта убежденность? К каким последствиям это приводит?
- Знаете ли вы людей, которые не убеждены на 100%, но могут радоваться жизни?
- Если человек, наоборот, точно болен, значит ли это, что он уже радоваться не должен ничему и никогда?
- На чем основывается эта ваша идея?

К каким типам диспутов (логическому, эмпирическому или функциональному) эти вопросы относятся? Предложите свои варианты, относящиеся к разным типам диспутов.

## **Стадии проведения сократического диалога в когнитивно-поведенческой терапии**

В когнитивно-поведенческой терапии сократический диалог представлен как структурированный процесс, состоящий из четырех фаз, или стадий (К. Падески, 1993; Н. Kennerly, 2007): *опрашивания, эмпатического слушания, суммирования, задавания синтетических и аналитических вопросов.*

1-я стадия. *Опрашивание.* Сбор информации через задавание вопросов (*вопросов к памяти*), что позволяет уточнить суть проблем клиента и выяснить его точку зрения на события. Эта стадия чередуется со второй (эмпатическим слушанием).

2-я стадия. *Эмпатическое слушание.* Внимательное, не оценивающее восприятие одновременно и того, *что* клиент говорит, и того, *как* он говорит. Не только сообщаемые факты, но и последовательность изложения, выбор лексикона, паравербальные и невербальные феномены (паузы, выражение лица, изменение положения тела, жесты и т.д.) позволяют терапевту построить собственные гипотезы, что определяет следующие вопросы и направление беседы.

Пример двух возможных вариантов диалога на первичной консультации с клиентом, обратившимся по поводу «неконтролируемой ревности».

К: Я и девушку свою измучил своей ревностью, и себя. По-хорошему нужно уже оставить попытки что-то наладить между нами и уйти, мне ясно это было сказано, но я не могу – все время в соцсетях слежу за ней, постоянно думаю, раз на улице подкараулил даже. (*пауза*) Трусливое и позорное поведение так-то.

Т (вариант 1): Вы сказали, что «ясно было сказано»; не могли бы вы уточнить, что именно вам сказала подруга при последней встрече?

К: Она сказала, что за два года устала, что все время повторяется одно и то же.

Т (вариант 2): вы назвали такое поведение «трусливым и позорным». Это очень сильные слова. Похоже, что вы крайне жестко критикуете себя за эти действия?

К: Ну, а как еще это назвать? Я сам себе противен, как только осознаю, что делаю. Постоянно себя гноблю, только все равно делаю.

Т: Как эти постоянные мысли влияют на вашу жизнь, на работу например?

К: Ну, я ни на чем не могу сосредоточиться, это точно.

Учитывая, что это первичная консультация, у терапевта есть две возможности: собирать дальнейшую информацию о ситуации, как в первом варианте, или обратить внимание на выбор слов и интонацию, которые он наблюдает у клиента, как во втором. Подчеркнем, что первый вариант не является ошибочным: действительно, необходимо уточнить факты, в частности, что именно клиенту сказала его подруга. Но второй вариант разворачивает разговор в другом направлении. Особенности реплики клиента вызывают у терапевта предположение, что такой критический настрой в отношении самого себя может являться признаком депрессии. И если это так, то, возможно, именно депрессия вносит вклад в непродуктивную деятельность клиента типа «залипания в соцсетях» или негативных руминаций. Таким образом, выбор второго варианта помещает в фокус беседы возможные симптомы депрессии, что до сих пор не принималось клиентом во внимание.

3-я стадия. *Суммирование*. Представляет собой подведение итога сказанного клиентом, возвращается ему в сжатом виде в виде уточняющего вопроса или краткого резюме сообщенной только что информации. Суммирование является важной частью активного слушания и сопровождает сократический диалог периодически на всем его протяжении. Это позволяет достичь нескольких целей: дает клиенту понимание, что он услышан; позволяет вернуть клиенту сказанное им самим для более отчетливой демонстрации несогласованности и противоречий в его позиции; дает возможность в определенной степени отсортировать массив сообщенных

сведений и расставить те или иные акценты. Все это готовит почву для следующей части сократического диалога.

Еще одним вариантом суммирования может быть подведение итога части состоявшегося диалога, в этом случае полезнее это предложить сделать клиенту.

4-я стадия. *Синтетические и аналитические вопросы.* Как уже указывалось, применение этих типов вопросов помогает развить новое понимание ситуации или проблемы или найти способ решения, недоступный ранее.

В продолжении диалога, приведенного выше, после проведенного с клиентом психообразования по поводу депрессии перед терапевтом стоит задача обсудить сомнения клиента, что его состояние является именно расстройством, а не признаком слабости и никчемности.

К: Да, я понял вашу идею про депрессию, и вы объяснили, почему вы так думаете. Но я не думаю, что мое состояние – это депрессия. Я же хожу на работу, например. Я думаю, что, раз вы психотерапевт, в ваши задачи входит меня поддержать и поэтому вы так говорите.

Т: Иными словами, депрессии нет, но я вам говорю, что она есть, чтобы вы так себя не гнобили (*суммирование*).

К: Да.

Т: Как вы думаете, велика ли вероятность, что психотерапевты часто используют этот прием – сообщают пациентам диагноз, которого у них нет, чтобы поддержать?

К: Да, это звучит немного странно.

Т: Если исходить из того, что я на самом деле предполагаю у вас этот диагноз, возможно ли другое объяснение, почему вам трудно воспринять эту информацию? (*синтетический вопрос*).

К: Ну, вы объясняли про негативное мышление при депрессии, возможно, это оно так работает. Ведь если это расстройство, то его можно вылечить, и это не повод думать плохо о себе.

Проводимый таким образом диалог характеризуется периодической сменой уровней абстрагирования: уточнение конкретных тем сменяется переходом на уровень более высокого обобщения (более широкой перспективы – «орлиный взгляд»), затем опять снижается к более конкретному («мышинный взгляд»). Графически такую смену ракурса с сосредоточением то на конкретных, то на более глобальных вопросах можно представить в виде движения зигзагом или с помощью мысленного построения фигуры, напоминающей песочные часы. Приведем пример.

К: Я социофоб (*абстрактный уровень*)

Т: В каких ситуациях это проявляется? (*более конкретный уровень*)

К: Ну, мне трудно выступить в аудитории, я могу вообще не прийти на занятия, если меня могут вызвать, потом пересдаю, уже один на один с преподавателем.

Т: Да, понятно. Где еще?

К: Просто даже если нужно в компании что-то рассказать, я обычно отмалчиваюсь. Позвонить кому-то сложно, если заранее не договаривались, могу полдня готовиться и так и не решиться. Или даже громко официанта позвать в кафе.

Т: Что общего в этих всех ситуациях? (*абстрактный уровень*)

К: Ну, думаю, это везде, где я в поле зрения других людей, обращаю на себя внимание.

Т: Как вы думаете, почему это так происходит, что вам мешает?

К: Я думаю, что я просто такой. Всегда было так, такие ситуации вызывали страх. Другим это легко делать. А я слишком боязливый, наверное, неуверенный (*клиент переходит на уровень универсальных обобщений*)

Т: Давайте попробуем разобраться. Есть у вас пример человека, вашего знакомого, у которого точно нет затруднений с тем, чтобы выступить или позвонить кому-нибудь?

К: Есть, мой младший брат. Вот он уверен в себе всегда.

Т: Допустим, вы в одинаковой ситуации – нужно громко позвать официанта в кафе. Какие будут у вас мысли в голове при этом и какие у него? *(конкретный уровень)*

К: У него вообще не будет мыслей никаких – закричит и все. А я буду думать: «У меня голос тихий, вдруг официант не услышит, придется снова звать, и я буду глупо выглядеть».

Т: То есть разница именно в тех мыслях, которые придут в голову вам, но не приходят ему? *(более абстрактный уровень)*

К: Получается, так.

Здесь клиент получает основную идею когнитивного подхода (влияние мышления на эмоции и поведение) в результате приглашения к исследованию собственного опыта, а не в виде готового знания. Далее в той же манере продолжается обсуждение с клиентом других аспектов когнитивной модели социальной тревожности: роль автоматических мыслей, фокусировки внимания на себе, избегания и т.д.

В зависимости от стоящих на конкретной сессии задач сократический диалог может быть применен в разной форме. Например, Е. Карпович описывает три модели сократического диалога, применяемые в разных ситуациях: *модель альтернативного понимания проблемы, модель решения проблемы и модель поведенческого эксперимента* (Карпович Е., 2018). При этом описанные выше стадии так или иначе обнаруживаются независимо от решаемой терапевтической задачи.

#### *Вопросы для самопроверки*

1. Каковы стадии проведения сократического диалога в когнитивно-поведенческой терапии? Приведите пример каждой стадии.

2. Как меняется уровень абстрагирования в процессе проведения сократического диалога?

## Стиль терапевта и терапевтические отношения при проведении сократического диалога

Должен ли сократический диалог использоваться для изменения убеждений клиента в направлении, контролируемом терапевтом, или инициатива в этом вопросе должна принадлежать клиенту? Иными словами, существуют две возможности:

1) терапевт как профессионал знает, какие изменения\*, полезные для достижения целей клиента, возможны и необходимы. Он считает своей задачей способствовать этим изменениям, действуя при этом не «в лоб», а более тонким техническим способом сократического диалога, «укореняя» таким образом новое знание более надежно;

2) терапевт полагается на имплицитное знание клиента, организуя взаимодействие таким образом, чтобы побудить самого клиента формулировать и уточнять цели, к которым должны привести изменения, выбирать вид, степень изменений, а также путь к ним.

*\*Оговоримся, что под изменениями мы здесь понимаем не только новые способы мышления и поведения в традиционных формулировках поведенческой и когнитивно-поведенческой терапии. Основанные на принятии себя и на достижении целостности «парадоксальная теория изменений», характерная для экзистенциально-гуманистического направления, или концепция безоценочного принятия в майндфулнесс-ориентированных подходах, не означают отказа от изменений, но скорее имеют в виду характерный для современной психотерапии сдвиг фокуса внимания с результата на процесс мышления (Heyes S. C., Hofmann S. G., 2017). Таким образом, сдвиг с «самокритики» и «самообвинений» на «самопринятие» также означает в первую очередь изменение на когнитивном уровне.*

Первую возможность, как уже отмечалось, обозначим как «сократический диалог в узком смысле» – как техника; вторую – как

«сократический стиль консультирования», в первую очередь характеризующий позицию терапевта и терапевтические отношения.

Встречающееся поверхностное понимание когнитивно-поведенческой терапии представляет ее как директивный подход, при котором терапевт, используя разные технические инструменты, «исправляет» искаженные когниции клиента, обучая его «правильным» мыслям, и таким образом предписывает клиенту, в каком направлении ему меняться. Этому, на первый взгляд, способствует наличие когнитивных моделей различных расстройств, которые описывают типичные автоматические мысли и когнитивные искажения в случаях депрессии, тревожных расстройств, аддикций, расстройств пищевого поведения и т.д.

Однако, как неоднократно подчеркивалось ведущими практиками и методологами когнитивно-поведенческого подхода, задача терапевта – не исправить мышление клиента, а предоставить ему инструменты для собственной работы со своим мышлением; именно это обеспечивает долгосрочную эффективность терапии (Падески К., 1993; Падески К., Гринбергер Д., 1996; Бек А., 1979; МакМаллин Р., 1991; Бек А. и соавт., 1993; Лихи Р., 2017; Бек Дж., 2018). Получены и эмпирические подтверждения преимущества использования сократического диалога, например, над дидактическим способом предоставления информации клиенту (Clark G. I.; Egan S. J., 2018; Heiniger L. E. и соавт., 2018).

Поэтому в когнитивно-поведенческом подходе именно сократический стиль консультирования выдвигается на передний план как ведущая стратегия терапевта и осевая позиция терапевтических отношений. Эта стратегия носит название «направляемого открытия», она основана на особом коллаборативном стиле взаимодействия, обозначаемом как «эмпиризм сотрудничества» (Бек А., 1979; Бек Дж., 2018; Падески К., 1993). Взаимодействие терапевта и пациента организуется как взаимодействие ученых-исследователей, совместно обсуждающих гипотезу – автоматическую мысль или убеждение клиента и выбирающих последовательность интервенций. Равноправность в этой диаде обеспечивается тем, что хотя

терапевт и является профессионалом, имеющим специальные знания и навыки, но только у клиента есть доступ к его собственному опыту и к его субъективным переживаниям. Эти позиции обсуждаются открыто в начале терапии и подкрепляются постоянно на всем ее протяжении.

Можно выделить следующие преимущества такого подхода:

1. Постоянная забота о том, что терапия соответствует актуальным потребностям клиента, а не собственным идеям терапевта;

2. Стимулирование собственной ответственности клиента за процесс работы над собой;

3. Креативность и индивидуальность терапии, преодоление возможного шаблонного мышления терапевта;

4. Более качественное научение клиента способам работы со своими психическими феноменами – предоставление ролевой модели, которую впоследствии он сможет использовать в жизни, развитие рефлексивных способностей (Холмогорова А. Б., 2017).

Эмпиризм сотрудничества используется на разных этапах терапии: начиная с постановки целей и заканчивая планированием и проведением поведенческих экспериментов.

Основные технические особенности, через которые реализуется коллаборативный стиль:

- контракт, составной частью которого является совместное формулирование целей терапии;

- совместная выработка повестки каждой сессии;

- собственно сократический диалог с оценкой мыслей, а не сразу же оспариванием их;

- открытое обсуждение феноменов, возникающих в ходе сессии;

- «триада Роджерса» и самораскрытие терапевта;

- гибкий стиль позиции терапевта;

- подведение итогов и сбор обратной связи во время сессии и по ее окончании.

Большинство представленных пунктов универсальны для многих психотерапевтических подходов. Остановимся подробнее на некоторых позициях, более специфических для когнитивно-поведенческой терапии: на совместной выработке повестки сессии, практике оценки мыслей до их оспаривания и гибкости позиции консультанта.

*Совместная выработка повестки* каждой сессии позволяет значительно увеличить эффективность использования времени сессии, разделить ответственность между клиентом и терапевтом, укрепляет терапевтические отношения (Бек Дж., 2018). Повестка может содержать проведение сократического диалога как техники – например, в виде договоренности оценить ту или иную идею клиента. Терапевт может сформулировать это в виде предложения:

- «Что вы думаете о том, чтобы сегодня уделить время исследованию вашей идеи: “Друзья отвернутся от меня, если я буду иногда отказывать им в их просьбах?”»;

- «В результате обсуждения записей в дневнике мы вновь обнаружили, как в различных ситуациях работает общее шаблонное правило, которое обозначили как “Я должен всегда выглядеть неуязвимым и никогда не показывать свои слабости”. Считаете ли вы полезным сегодня обсудить его более детально?»

Таким образом, процесс работы с когнитивными содержаниями клиента происходит открыто, является «объявленным», что в наибольшей степени соответствует духу эмпиризма сотрудничества с клиентом.

Дж. Бек напрямую подчеркивает, что после выявления автоматической мысли/убеждения следует ее оценить, а не оспаривать сразу же по нескольким причинам:

- автоматическая мысль может оказаться верной;
- пациент может быть фрустрирован, если терапевт напрямую будет оспаривать мысли;
- оспаривание, если оно не согласовано и не включено в повестку сессии, нарушает эмпиризм сотрудничества.

Для оценивания мыслей Дж. Бек предлагает ряд вопросов, которые могут адресоваться к фактам, а могут относиться к другим категориям: аналитическим, оценивающим и синтетическим.

Таблица 2

Вопросы для оценивания автоматических мыслей (Дж. Бек, 2018)

Типы вопросов	Примеры вопросов
Вопросы о доказательствах	Каковы доказательства, поддерживающие вашу идею?
Вопросы на альтернативное объяснение	Есть ли другое объяснение произошедшему?
Вопросы на декатастрофизацию	Что самое плохое в том, что это может произойти?
Вопросы о влиянии автоматических мыслей/убеждений	Как влияет это убеждение на вашу жизнь, на эмоции и поведение? К каким последствиям приводит факт наличия этого убеждения?
Вопросы на дистанцирование	Что произойдет, если позволить этой идее просто находиться в голове, воспринимая ее дистанцированно?
Вопросы, направленные на решение проблем	Что можно было бы сделать, чтобы разрешить ситуацию?

Важное значение в эмпиризме сотрудничества и направляемом открытии принадлежит способности терапевта занимать *гибкую позицию*. В зависимости от терапевтической ситуации терапевт может попеременно выступать в широком континууме ролей: эксперт, гид, тренер, консультант, равноправный коллега по совместной исследовательской работе, наивный наблюдатель, наконец, просто человек, выражающий свою человеческую позицию (самораскрытие). Наличие в КПТ протоколов психотерапевтических интервенций не противоречит принципу гибкости позиции, поскольку

каждый протокол нуждается в адаптации к конкретному пациенту (клиенту), начиная от этапа предъявления когнитивной модели (социализации в когнитивно-поведенческой модели консультирования) и заканчивая проектированием поведенческих экспериментов.

Возможна следующая общая рекомендация: чем более состояние клиента (пациента) соответствует какой-либо нозологической форме, тем в большей степени терапевт выступает с позиции «предзнания», может предполагать какое-либо известное решение и имеет в виду «готовые рецепты» и наоборот. В работе с конкретными мишенями патогенеза клинического случая сократический диалог используется как техническое средство, позволяющее пациенту получить информацию о том, как возможны изменения к лучшему в его состоянии. Например, как подтверждают научные данные, при депрессии одним из способов раннего улучшения состояния является поведенческая активация. Это знание, которое заранее держит в уме терапевт, сознающий, что он работает с депрессивным пациентом, а «доставка» этой информации пациенту может быть организована в сократическом ключе. Примером может быть вопрос: «Если вам все-таки случилось преодолевать апатию и соглашаться встретиться с друзьями, было ли вам лучше или хуже после этого?»

Если же проблема клиента не описывается какой-либо диагностической категорией, а состоит в принятии трудного решения или касается экзистенциальных вопросов, то позиция «предзнания» терапевта является контрпродуктивной и сократический диалог принимает форму, в наибольшей степени поощряющую собственную активность клиента. Терапевт в этом случае не имеет «карты» и не является «гидом», ведущим клиента к определенному пункту. Его задача – организовать условия для продуктивного совместного исследования.

Разумеется, в той степени, в которой работа с клиническими случаями также касается этих вопросов, позиция терапевта меняется аналогичным образом. Например, в ситуации психотерапии химической зависимости терапевт может иметь конкретную цель, к которой идет с пациентом, когда

планирует познакомить его с факторами, обуславливающими рецидив. В этом случае терапевт применяет более директивный стиль. Но на этапе долгосрочного планирования терапевт занимает позицию поддерживающего процесс фасилитатора, передавая уже самому пациенту ведущую роль исследователя своих ценностей и обстоятельств жизни.

Итак, если сократический диалог рассматривается только как эффективный способ переубедить клиента в его текущем когнитивном искажении, то клиент вполне вероятно получит пользу от этого обсуждения, но будет испытывать затруднения в других, даже схожих, ситуациях.

Если же сократический диалог является составной частью эмпиризма сотрудничества и направляемого открытия, то пациент в итоге учится задавать сократические вопросы себе, интернализировать сократический диалог, что соответствует общей цели повышения рефлексивных способностей в результате психотерапии (Холмогорова А. Б., 2017). Таким образом, главный вопрос, который должен задавать себе специалист, желающий улучшить владение сократическим диалогом, звучит так: *развивается ли в результате диалога автономия клиента, приобретает ли он способность оценивать этим способом собственные идеи и концептуализации в будущем, умеет ли он сам порождать сократические вопросы в отношении будущих проблем?*

Важнейшим «тренажером» для отработки этого навыка, эффективность которого подтверждена эмпирически, является в когнитивно-поведенческой терапии ведение таблицы для обнаружения и оценки автоматических мыслей (Падески К., Гринбергер Д., 2008; Бек Дж., 2018). Именно регулярная работа с таблицей устанавливает навык самостоятельного проведения сократического диалога в отношении самого себя (см. прилож. 1). Развитие способности самого клиента применять эти принципы в своих ежедневных ситуациях и является конечным результатом использования сократического диалога в когнитивно-поведенческом подходе.

В качестве инструментов, позволяющих терапевту оставаться приверженным стратегии эмпиризма сотрудничества и направляемого

открытия, можно выделить три важных навыка: *любопытство (curiosity)*, *осторожность (caution)* и *сострадание (compassion)* (Padesky С., 1993; Kennerley Н., 2007).

*Любопытство* побуждает терапевта исследовать проблемы клиента как феномены, в отношении которых более уместна, в полном соответствии с традицией сократического диалога, позиция «не-знания», или интеллектуальной скромности (Anderson Н., Goolishian Н., 1992; Overholser J., 1995). Эта позиция позволяет избежать тенденции слишком быстро формулировать собственную гипотезу, которая, вполне возможно и не окажется релевантной в отношении конкретного случая.

*Осторожность* терапевта означает реализацию этического принципа «не навреди», что особенно важно при выявлении и обсуждении глубинных убеждений клиента, например, при применении техники, «падающей стрелы». Поскольку выявление и обсуждение глубинных убеждений по определению крайне болезненно, то терапевт может, исходя из логики сессии, выбрать работу с более поверхностным уровнем когниций: с автоматическими мыслями или условными правилами клиента. Работа же с глубинными убеждениями в большинстве случаев может быть отложена, например, до момента улучшения состояния при депрессии или до момента формирования стойкой мотивации, как при расстройствах пищевого поведения.

Задавание вопросов без эмпатичной и *сострадательной* интонации может привести пациента не к желанию совместного доброжелательного и заинтересованного исследования, а к ощущению, что его чувства не принимаются всерьез, а мысли кажутся глупыми.

Пример. Пациент 45 лет со страхом авиаперелетов.

Т: Когда возникает этот страх и когда он достигает пика?

К: Я начинаю тревожиться, когда планирую поездку, потом как-то дотягиваю до вылета; пик бывает, когда я вхожу в салон: начинается сердцебиение, бросает в пот.

Т: Что происходит потом?

К: Потом на протяжении всей поездки мне плохо, и чем выше летит самолет, тем хуже: в первые минуты страшно, но когда говорят: «Наш полет проходит на высоте...», тогда просто паника начинается.

Т: Какие мысли возникают в этот момент в голове?

К: Не уверен, что там есть мысли, просто ужас.

Т: И все же страх возрастает вместе с набором высоты.

К: Да, хотя это глупо, потому что с высоты 200 м, что с 8000 м, все равно если падать, то не выживешь.

Т: Чем же отличается опасность высоты 200 м от высоты 8000 м?

К: (*пауза*) Похоже, дело в том, что если падать с высоты несколько километров, то представляется такая картина, что уже катастрофа случилась и мы все умрем, но еще несколько секунд или там минуту падать вниз – и вот это понимание, что сейчас умрешь, а даже не сама смерть и вызывает такой ужас.

Т: Да, то есть страх усиливается не при мысли «Я сейчас погибну», а от мысли «Я сейчас окажусь в ситуации, когда точно буду знать, что сейчас умру, а еще несколько секунд жить».

К: Точно.

Т: Это будет, возможно, странный или даже глупый вопрос, но почему именно знание того, что «сейчас умрешь», вызывает такой ужас?

К: Знаете, как говорят, в такие моменты вся жизнь проносится перед глазами (*задумывается*).

Т: И что пронесется перед вашими глазами?

К: То, что жизнь прошла напрасно. И ничего уже не изменить.

Есть разные автоматические мысли, усугубляющие авиафобию. Например, связанные с неспособностью вынести отсутствие абсолютной гарантии надежности или с многократно преувеличенной воспринимаемой вероятностью нахождения террористов на борту. Чаще всего страх полетов наиболее выражен непосредственно перед полетом, во время взлета и посадки, у данного же клиента было по-другому. И именно задавание вопросов с *любопытством* (искренним интересом), с позиции незнания,

позволило терапевту получить эту информацию и выяснить, что страх в данном случае основан на предвосхищении клиентом острого чувства переживания напрасности жизни, которой он живет, и невозможности изменить это. В дальнейшем консультирование было в значительной степени сосредоточено на экзистенциальных аспектах жизни клиента.

Вопрос «Почему именно знание того, что “сейчас умрешь”, вызывает такой ужас» предваряется ремаркой «Возможно, это странный или глупый вопрос». Терапевт дает понять, что вопрос не риторический и ответ на него действительно важен, как бы странно он ни звучал, сохраняя позицию эмпиризма сотрудничества. Таким образом, проявление *сострадающей позиции* – важный принцип, способствующий установлению терапевтических отношений. Другая причина важности практики сострадательности состоит в получении клиентом ролевой модели: с какой именно интонацией – «внутренним сострадающим голосом» – можно впоследствии проводить собственное обсуждение своих мыслей. Этот принцип получает развитие в одной из современных моделей когнитивно-поведенческой терапии – «терапии, сфокусированной на сострадании» (Gilbert P., 2007–2016).

#### *Вопросы для самопроверки*

1. Какие варианты стиля терапевтических отношений могут быть использованы при проведении сократического диалога?

2. Что такое «эмпиризм сотрудничества» и по каким основным признакам можно определить его наличие или отсутствие в терапевтическом процессе?

## **Оценка уровня компетентности использования сократического диалога**

Для развития умения использовать сократический диалог в работе специалисту полезно иметь инструменты оценки уровня владения этим терапевтическим навыком. Kazantzis N. и соавторы выделяют низкую, среднюю и высокую степень компетентности и предлагают следующие критерии ее оценки (Kazantzis N. и соавт., 2017):

*Низкая.* Клиент не был вовлечен в процесс, диалог основывался на прямых советах и директивах, велся в дидактическом ключе. Стиль терапевта содержал прямой спор, пренебрежение или высмеивание позиции клиента;

*Средняя.* Недостаточно четкая формулировка проблемы или убеждения, клиент выражал колебания, неопределенность. Не все аспекты проблемы были обсуждены и приняты во внимание;

*Высокая.* Совершенно ясное открытие, выработана новая точка зрения, которая стала основой для выработки нового плана действий, запланированных специфических интервенций или переоценки предшествующей идеи. Клиент был вовлечен в процесс, его усилия поддерживались и ценились терапевтом.

Упражнение для саморефлексии (цит. с изменениями по Kazantzis N., Dattilio F. M., Dobson K. S., 2017).

Вспомните одну из ваших недавних сессий и подумайте о вашем использовании сократического диалога в ней.

- В какой степени возможности для сократического диалога были использованы?
- Как мог бы мой клиент описать полезность сформулированной новой точки зрения?
- Как мог бы мой осведомленный коллега оценить мой стиль в процессе направляемого открытия в диапазоне от «уважительного, и учитывающего точку зрения клиента и его усилия» до «доминирующего, оспаривающего и пренебрежительного»?

- В какой степени я влиял на генерированное открытие (новую точку зрения)?
- Как много автономии и собственной активности проявлял мой клиент в этом процессе?
- Продвинулся ли клиент в освоении навыка работы с собственными идеями для самостоятельного его применения в будущем?

## **Ограничения и противопоказания к использованию сократического диалога**

Преимущества, обуславливающие широкое применение сократического диалога, не являются универсальными. Основные ситуации, при которых сократический диалог не рекомендуется к использованию, а необходимы другие терапевтические интервенции (или приоритетна психофармакотерапия), можно разделить на три группы:

1. Психотические состояния;
2. Острые кризисные состояния: реакции горя, угроза суицида в острой фазе;
3. Необходимость проведения психообразования. Если клиент не владеет необходимой информацией и задача специалиста – ее сообщить.

Ситуации умеренно выраженного когнитивного дефицита у пациента не являются противопоказаниями, но следует учитывать, что возможности сократического стиля консультирования здесь могут быть ограничены. Задачи когнитивной реструктуризации, «сдвига» в понимании проблемы в этих случаях иногда более целесообразно решать либо в более директивном ключе, напрямую предлагая альтернативные взгляды на ситуацию, либо использовать другие способы влияния на когнитивную сферу. Например, через возможности групповой работы, где играют роль знакомство с точками зрения других людей, имеющих сходную проблематику, а также другие специфические групповые факторы, которые могут дать больший эффект, чем сократический диалог в индивидуальном сеттинге.

*Вопросы для самопроверки:*

1. Каковы противопоказания использования сократического диалога?
2. Как меняется способ применения сократического диалога в случае наличия умеренно выраженных когнитивных нарушений?

## **Сократический диалог в консультировании детей и подростков**

В этом разделе мы рассмотрим, как используется сократический диалог в психологическом консультировании и терапии детей и подростков. Оказание психологической помощи детям имеет свою специфику (Г. В. Бурменская, Л. Герни, О. А. Карабанова, А. Г. Лидерс, Г. Б. Моница, В. Экслейн). Остановимся только на тех особенностях психологического консультирования детей, которые должны учитываться при проведении сократического диалога с этой категорией клиентов. Прежде всего его учет особенностей психического развития детей (McKay D. Storch E. A., 2009; Kendall Ph. C., 2011):

- трудности с тем, чтобы в течение длительного времени концентрировать внимание на беседе с взрослым;

- недостаточный уровень вербально-логического развития, эмоционального интеллекта и самосознания: сложность в выражении своих чувств и в объяснении того, что с ним происходит;

- отсутствие мотивации к психологической работе: дети зачастую не могут сформулировать запрос психологу; не понимают, с какой целью их привели к психологу, поэтому важно вовлекать родителей в процесс психологических изменений: согласовывать с ними запрос на психологическое консультирование, сотрудничать, вовлекать их в психологическую работу;

- психологические особенности подросткового возраста: проявления негативизма, сопротивление вербальному общению со взрослыми, эмоциональная лабильность.

Й. Шванцар рекомендует психологу занимать позицию, определяемую принципами недирективной психотерапии:

- 1) создать мягкое, теплое, понимающее отношение к ребенку;
- 2) принимать ребенка таким, каков он есть;

3) дать ребенку почувствовать атмосферу благожелательности, чтобы он мог свободно проявлять свои чувства;

4) не осуждать и не оправдывать позицию ребенка, понимать ее так, чтобы ребенок это почувствовал.

Процесс психологического консультирования детей и подростков, заключающийся в воздействии на эмоции и поведение через когнитивную сферу, предполагает использование разных технологий, в том числе сократического диалога. Сократический диалог позволяет:

– организовать продуктивные терапевтические отношения психолога и ребенка, основанные на межличностном диалоге, а не на допросе (Kazantzis N. и соавт., 2014): следует задавать короткие, простые открытые вопросы и избегать вопроса «Почему?», использовать метафоры, юмор (Friedberg R. D., 2010);

– посмотреть вместе с ребенком на проблему с разных сторон (James I. A. Morse R. & Howarth A., 2010);

– подойти к проблеме творчески (Overholser J., 2013, p. 75);

– поиграть в «эмоционального детектива», т.е. найти и обозначить переживаемую эмоцию (Ehrenreich-May J. & Bilek E. I., 2012) с использованием детских книг, фильмов (мультфильмов), метафор, картинок, ролевых игр, игрушек.

Дети и подростки не должны думать, что их взгляд «неправильный». Им важно показать новые возможности интерпретации значимых вещей и ситуаций, проявить потенциальную гибкость позиции и способов мышления (Kennerley H., 2007).

Сократический диалог дает возможность улучшить терапевтические отношения с ребенком, повысить его мотивацию к взаимодействию с психологом, обратить внимание ребенка на собственное эмоциональное состояние и назвать это эмоциональное состояние, обозначив направление дальнейшей работы.

Приведем диалог психолога с 8-летней Т., страдающей ОКР, в ходе которого специалист ставит задачу выявить мысли, связанные с чувством

беспокойства ребенка в конкретной ситуации, и показать их самой Т., чтобы она их увидела и осознала.

П: Давай поговорим о том, когда ты в последний раз волновалась?

Т: Хорошо.

П: Прежде всего я хотел бы спросить тебя, знаешь ли ты, что такое «облако мыслей»?

Т: Да.

П: Откуда ты знаешь, что это?

Т: Я видела их в комиксах.

П: Вот бумага и цветные ручки... Нарисуешь одно такое облако и расскажешь, зачем они нужны? *(Психолог конкретизирует когнитивную конструкцию для клиента)*

Т: *(ребенок рисует человечка и «облако мыслей»)* В этом «облаке мыслей» написано, что думают люди.

П: Да, это здорово, замечательная работа. Я бы хотел, чтобы мы использовали «облако мыслей», когда мы говорим о том, когда ты беспокоишься. Ты согласна? *(Психолог принимает во внимание особенности возрастного развития)*

Т: Да.

П: Итак, используя бумагу и ручки, давай попробуем ответить на вопрос: «Можем ли мы нарисовать на этой бумаге то, что произошло, когда ты в последний раз волновалась?»

Т: Это когда я не могла выйти из ванной?

П: Да, это было бы здорово.

Т: *(ребенок начинает рисовать на бумаге)*

П: Скажи мне, что в этот момент происходило?

Т: Я стояла под душем и обливала себя водой, скребла себя мочалкой.

П: И как ты себя чувствовала здесь *(указывая на рисунок)*, когда скребла себя мочалкой?

Т: Мне было страшно.

П: На твоём рисунке нарисуй облачко рядом с собой.

Т: Хорошо.

П: Теперь напиши в «облаке мыслей», что ты думала, когда мылась.  
(Психолог помогает клиенту связать мысли, чувства и действия).

Т: *(пишет)* «Я не смыла мыло. Я плохо смыла мыло. Мне кажется, что мыло осталось на коже».

В этом диалоге психолог показывает, что мысли связаны с чувствами. Кроме того, оказалось, что Т. удобнее записывать свои мысли, чем произносить их вслух. Сократический диалог позволил «захватить» эмоционально значимые негативные автоматические мысли при соблюдении условий простоты, конкретности и последовательности. Использование этой техники позволяет не ходить во время сеанса «по кругу».

Модификация автоматических мыслей с помощью сократического диалога у детей и подростков также применяется с той особенностью, что способность к саморефлексии в онтогенезе развивается относительно поздно. Поэтому для выработки альтернативного взгляда на ситуацию ребенок или подросток обычно больше нуждается в помощи специалиста, чем взрослый. В этой работе находит отражение идея Л. С. Выготского о зоне ближайшего развития. Сократические вопросы терапевта являются «строительными лесами», позволяющими клиенту иметь опору и поддержку в процессе формирования нового отношения к ситуации.

Приведем фрагмент диалога с 13-летней А., страдающей социальной фобией.

П: Ты написала в «Дневнике мыслей», что пропустила урок, потому что боялась, что тебя вызовут к доске?

А: Да.

П: А что было бы самое ужасное в этом?

А: Я бы ужасно разволновалась, покраснела.

П: А что самое страшное в том, чтобы покраснеть?

А: Все это увидят. Все решат, что я глупая.

П: Итак, получается, что твоя мысль вызвала страх: «Я покраснею, это все увидят и сделают вывод, что я глупая»?

А: Да.

П: Давай попробуем на эту мысль посмотреть повнимательнее. Мы уже знаем, что не все мысли, которые проскакивают в голове, абсолютно верны. Ты можешь припомнить случай, когда кто-то покраснел, а ты это увидела?

А: Да. Я запомнила. На прошлой неделе на танцах одну девочку, Машу, хвалили, и она покраснела.

П: И ты подумала, что она глупая?

А: Совсем нет. Она не глупая.

П: Что же ты подумала?

А: Что она волнуется.

П: То есть если кто-то покраснел, и это даже увидели, подумать могут не то, что глупая, а то, что волнуется?

А: Да.

П: Как ты считаешь, это важно запомнить?

А: Да, мне пришло в голову только одно, что могут подумать люди, а оказывается, это не обязательно правда.

П: Да, это действительно так. И еще мне интересно: вот ты так уверенно сказала, что Маша не глупая, почему ты так уверена?

А: Ну, я ее знаю уже пять лет получается. Совсем не глупая.

П: А сколько лет твои одноклассники знают тебя?

А: *(улыбается)* я поняла.

П: Что?

А: Что у них уже есть мнение обо мне, так же, как у меня о Маше.

П: Я хочу тебя попросить сейчас представить одну вещь. Допустим, к тебе подошла твоя подруга Оля и сказала: «Я боюсь выходить к доске, вдруг я покраснею, и все подумают, что я глупая». Что бы ты ей сказала?

А: Оля, ты думаешь неправильно. Это неправильная мысль. Все тебя знают и знают, что ты умная. Если даже ты и покраснела, просто понятно, что ты волнуешься.

В этом примере психолог сам напоминает А. когнитивную модель и помогает сформулировать вывод, но, задавая вопросы, относящиеся к опыту А., способствует формированию ее собственной рефлексивной активности.

Также сократическую манеру беседы можно использовать в ходе планирования и обсуждения результатов поведенческих экспериментов.

Приведем диалог психолога с 11-летним Д., страдающим от фобии собак.

П: Если ты пойдешь мимо лога, где подкармливают собак, как ты думаешь, что пойдет не так? Чего ты боишься?

Д: Я не смогу пройти мимо этого места, я начну дрожать, привлеку внимание собак, и они меня укусят.

П: Насколько ты уверен, что это правда?

Д: На 9 из 10.

П: Как ты думаешь, мы можем попробовать и посмотреть, что произойдет, если ты пройдешь мимо этого лога, может быть, вместе с мамой?

Д: Я не уверен, что у меня получится.

П: Как насчет того, чтобы попросить пройти твердой походкой, не размахивая руками?

Д: Хорошо, наверное.

На неделе мама и Д. прошли вместе мимо лога. Собаки не подошли к ним.

П: Что мы узнали из этого опыта? (*синтетический вопрос*)

Д: Я прошел. Немного дрожал. Собаки меня не укусили; они даже не подошли.

П: Чему ты научился?

Д: Я могу это сделать!

П: Насколько ты сейчас обеспокоен старой мыслью: «Я не смогу пройти мимо этого места, я начну дрожать, привлеку внимание собак, и они меня укусят»?

Д: На 3 из 10.

Планирование поведенческого эксперимента сопровождалось систематическим применением сократического диалога. Были получены негативные прогнозы Д. Как только поведенческий эксперимент был завершен, психолог задал вопрос, чтобы помочь Д. сделать собственные выводы на основе полученного опыта.

Рекомендации по применению сократического стиля во время психологического консультирования ребенка (Dummet N., 2006; Kennerley H., 2007; Padesky C., 1993):

1) начинать сеанс с общего открытого вопроса (например: «Что случилось?», «Как обстояли дела на прошлой неделе?»);

2) обязательно задавать основной вопрос когнитивно-поведенческой психотерапии – о связи мыслей и реакций, например: «Что происходило в этот момент в твоей голове?»;

3) затем конкретизировать полученную информацию с помощью простых открытых вопросов, например, прояснить смысл: «Что ты имеешь в виду?», сделать прогноз худшего исхода: «А что, если...» или использовать метод «падающей стрелы»: «Если бы это было правдой, что было бы?», «Что это значит для тебя?» или «Что это говорит о тебе?»;

4) позволять ребенку подробно изложить ситуацию, проявлять любопытство, давать право ребенку делать собственные выводы (не заставлять давать «правильный» ответ), подводить итоги;

5) реагировать на невербальное поведение ребенка (например, обеспокоенный взгляд), сочувствовать, демонстрировать эмпатическое участие.

#### *Вопросы для самоконтроля*

1. В чем специфика детского психологического консультирования?
2. Какова роль сократического диалога в детском психологическом консультировании?

3. Какие специальные приемы организации сократического диалога применяются в терапии с детьми и подростками в отличие от работы со взрослыми пациентами?

*Задания для самостоятельной работы*

1. Прочитайте фрагмент беседы психолога и 12-летней К. Оцените, насколько в нем выдержаны принципы сократического диалога.

П: К., давай посмотрим твой «Дневник мыслей», хорошо?

К: Хорошо...

П: Я вижу, что ты записывала свои мысли и чувства, когда тебя критиковала учительница музыки.

К: Да, это так.

П: Итак, ты написала: «Я тупая и никогда не смогу сыграть это так, как она хочет». Что заставляет тебя так говорить?

К: Я не знаю. Я слишком устала, чтобы думать.

П: Давай посмотрим на это под другим углом. Какие у тебя есть доказательства, что ты не сможешь сыграть произведение?

К: Я не знаю... Я просто так чувствую. И у меня на самом деле не получается.

Напишите текст с результатами анализа (не менее 100 слов), аргументируя выводы.

2. Ознакомьтесь с текстом раздела и составьте памятку психологу по использованию сократического диалога в детском психологическом консультировании. Напишите текст (не менее 100 слов), аргументируя выводы.

## **Заключение. Сократический диалог с точки зрения модели общих факторов психотерапии**

Поскольку сократический диалог и как технический прием, и как стратегическая позиция применяется в различных направлениях психотерапии, для методологической оценки его роли в процессе терапевтических изменений представляется логичным использовать модель общих факторов психотерапии.

Модель общих факторов появилась в качестве одного из объяснений того, каким образом психотерапевтические методы, будучи различными по своим теоретическим основаниям, оказываются сравнимыми по степени их эффективности. Ответ на этот вопрос представляется важным в связи с актуальной задачей разработки интегративных психотерапевтических методов (Arkowitz H., 1992; Norcross J., 2006; Александров А. А., 2009). В частности, Н. Arkowitz предложил три возможных подхода, или платформы, для интеграции различных психотерапевтических школ: *технический эклектизм, общие терапевтические факторы и теоретическая интеграция*. Под общими терапевтическими факторами понимаются здесь некоторые базовые элементы психотерапевтического взаимодействия, присутствующие в явной или неявной форме во всех видах психотерапии независимо от их теоретической ориентации и в значительной степени определяющие успех терапии. Предположение о наличии таких элементов было выдвинуто еще на заре развития психотерапии (Rosenzweig S., 1936). К настоящему времени имеются различные, хотя и перекликающиеся между собой, описания этих возможных общих факторов.

В качестве примера этой концепции приведем точку зрения известного швейцарского исследователя психотерапевтического процесса К. Grawe. Разрабатывая понятие «общей психотерапии» и основываясь на большом массиве метааналитических исследований, Grawe выделяет следующие пять основных универсальных механизмов изменения (Grawe K., 1997–2005; Grawe K., Caspar F., 2012):

1. *Компетентность в совладании/преодолении*, под которой понимается приобретение определенных навыков совладания с проблемой и за счет этого в дальнейшем повышение самооффективности;

2. *Прояснение и коррекция мотивов и значений понятий*, используемых клиентом и обсуждаемых в процессе терапии;

3. *Актуализация проблемы* – фокусирование на проблемных областях «здесь и сейчас», что создает условия для получения непосредственного опыта;

4. *Активация ресурсов* – поиск и мобилизация внутренних свойств и качеств клиента, необходимых для того, чтобы успешно выполнить изменения;

5. *Терапевтический альянс*, отражающий качество отношений между терапевтом и клиентом.

Применяя различные возможности сократического диалога как стратегии, можно установить, в какой степени этот принцип может играть роль в реализации каждого из описанных механизмов (см. табл. 3).

Таблица 3

Вклад сократического диалога  
в работу универсальных механизмов изменения по К. Граве.

Механизм изменения	Роль сократического диалога	Характер интервенций и пример
Компетентность в совладании /преодолении	Рассматривая свои убеждения как мнения, нуждающиеся в проверке, позволяет спланировать и выполнить эксперимент, дающий новую информацию	Поведенческий эксперимент. Проверка предположения, что произойдет, если обратиться к незнакомому человеку с просьбой на улице (при социальной тревожности). Экспозиция. Проверка идеи, какой интенсивности и длительности будет тревога, вызванная гипервентиляцией (при паническом расстройстве) – интероцептивная экспозиция

Механизм изменения	Роль сократического диалога	Характер интервенций и пример
Прояснение и коррекция мотивов и значений понятий	Помогает выявлению универсальных определений, содержащих когнитивные искажения (например, свехобобщения и/или черно-белое мышление)	Использование аналитических, синтетических и оценивающих вопросов. Например, для идеи «Я неудачник, если я не имею самых лучших показателей на работе». Если всех сотрудников вашей фирмы расположить на линии в соответствии с объективными показателями, где бы вы оказались?
		Должны ли остальные (находящиеся ниже) считать себя сверхнеудачниками? Есть ли другие объяснения ваших результатов, кроме того, что вы «неудачник»? Когда вы называете себя «неудачником», как это сказывается на вашей продуктивности?
Актуализация проблемы	Проверяет предложения, возникающие в ходе терапии во взаимодействии в диаде «клиент – терапевт»	«Если я покажу терапевту заполненный дневник, терапевт подумает, что я глуп и мои проблемы выеденного яйца не стоят». Обсуждение этой мысли на сессии, сократические вопросы, проясняющие тенденциозность убеждения клиента и несоответствие его фактам, эксперимент на сессии с наблюдением, как изменяется эмоциональное состояние при тестировании нового убеждения (обеспечение корригирующего эмоционального опыта)

Механизм изменения	Роль сократического диалога	Характер интервенций и пример
Активация ресурсов	Стимулирует обнаружение областей опыта клиента, не находящихся в поле зрения на данном этапе терапии	Использование аналитических, синтетических и оценивающих вопросов. Бывали ли случаи, когда вам удавалось остановить себя от агрессивной реакции? Что помогло вам тогда вести себя сдержанно? Если бы я спросил вашего брата, за счет каких качеств вы могли бы добиться прогресса, что бы он мне ответил?
Терапевтический альянс	Формирование отношений сотрудничества; отказ от однозначно экспертной позиции консультанта	Стимулирование и поощрение исследовательской позиции клиента через домашние задания, позитивную обратную связь на сессии, самораскрытие и т.д. Создание мотивации на самоисследование

Как можно заметить из табл. 3, сократический стиль консультирования может «вносить свой вклад» в действие всех описанных механизмов достижения изменений. Конечно, это не означает, что применение одних только принципов сократического диалога достаточно для успешной психотерапии. Однако, на наш взгляд, это позволяет объяснить его роль «сквозной» стратегии, связывающей воедино как минимум несколько общих факторов эффективности любой терапии. Освоение и использование сократического диалога может быть уподоблено универсальному ключу, способному открыть несколько разных дверей. Таким образом, не будет преувеличением сказать, что сократические принципы ведения сессии могут выступать как трансэпистемическое средство достижения терапевтических целей при работе в разных подходах.

*Вопросы для самопроверки*

1. Что представляет собой сократический диалог с точки зрения модели общих факторов?
2. Какие универсальные механизмы выделяет К. Граве?
3. Какой вклад вносит сократический диалог в действие механизмов достижения изменений?
4. Каковы доказательства того, что сократический диалог является трансэпистемическим средством достижения терапевтических целей?

## Глоссарий

**Автоматические мысли** – непроизвольные мысли клиента, оценивающие ситуацию, состояние организма или отношения; возникают в свернутом виде, часто не осознаются и не проверяются; часто носят негативный характер.

**Адлериаанская терапия** – психотерапевтический подход, целью которого является развитие социального интереса клиента. Для достижения этого терапия должна включать в себя изменение ложных социальных ценностей. Клиент проходит через переобучение – изменение своего стиля жизни и отношения к жизненным целям. При изучении «базовых ошибок» в своей когнитивной карте у него есть возможность решить, хочет ли он продолжать идти по старому пути или выбрать другие направления. «В любых обстоятельствах клиент должен иметь абсолютную свободу. Он может двинуться в сторону изменения или отказаться от него, это как ему заблагорассудится» (Adler A., 1956: цит. по Lundin R. W., 2015).

**Активация ресурсов** – поиск и мобилизация внутренних свойств и качеств клиента, необходимых для того, чтобы успешно выполнить изменения.

**Актуализация проблемы** – фокусирование на проблемных областях «здесь и сейчас», что создает условия для получения непосредственного опыта.

**Аналитические вопросы** – вопросы, которые предлагают клиенту рассмотреть проблему путем разбивки ее на составные части.

**Аффирмация** (от лат. affirmatio – подтверждение) – краткая фраза, содержащая вербальную формулу, которая при многократном повторении закрепляет требуемый образ или установку клиента, способствуя улучшению его психоэмоционального фона и стимулируя положительные перемены в жизни.

**Вопросы применения (прикладные вопросы)** – вопросы, которые побуждают клиента применить информацию или навык к конкретной проблемной ситуации

**Вопросы, направленные на сбор информации (вопросы к памяти)** – вопросы, которые побуждают клиента припомнить, осознать или уточнить информацию, необходимую для ответа.

**«Выпрямительный рефлекс» консультанта** – понятие, введенное создателями мотивационного консультирования и означающее тенденцию, когда специалист помогающей профессии, сталкиваясь с проблемами в фасилитации процессов изменения у пациента, переходит на директивный стиль консультирования: прямые указания, советы, «помощь» и т.д

**Дихотомическое («черно-белое») мышление** – ошибка мышления, когда клиент видит ситуацию только в двух категориях вместо континуума (например, все – ничего, удача – неудача и др.).

**Избирательное (селективное) восприятие** – склонность клиента уделять внимание тем элементам окружения, которые согласуются с его установками, ожиданиями, актуальными потребностями, и игнорировать остальное.

**Индуктивное рассуждение** – характерная черта сократического метода, позволяющая управлять процессом поиска убеждений клиента и исследования различных аспектов его жизни.

**Интерпретационные вопросы** – вопросы, которые помогают обнаружить неявные связи, отношения и параллели между фактами, обобщениями, эмоциональными и поведенческими реакциями.

**Ирония** – стилистический прием контраста видимого и скрытого смысла высказывания, создающий эффект насмешки; чаще всего – заведомое несоответствие положительного значения и отрицательного подтекста; у Сократа – скрытая насмешка над самоуверенностью тех, кто мнит себя «многознающим».

**Исключающие (элиминативные) каузальные объяснения** – объяснения, которые направлены на изучение причинных связей между

событиями и явлениями, что в традиции логики базируется на индуктивных методах установления причинных связей (т.н. канонах Бэкона-Милля).

**Клиент-центрированная терапия** – психотерапевтическое направление, созданное американским терапевтом К. Роджерсом; в основе лежит убеждение в том, что обратившийся за помощью к психологу человек на самом деле знает, как решить волнующие его проблемы, задача терапевта – помочь ему осознать это и раскрыть свой потенциал. Ориентируется скорее на создание терапевтических отношений, чем на использование специфических технических приемов.

**Когнитивно-поведенческая терапия** – одно из основных современных направлений психотерапии, структурированный подход, в основе которого лежит когнитивная модель: постулат об основополагающем влиянии когнитивных процессов на эмоции и поведение.

**Когнитивные искажения (ошибки мышления)** – систематические ошибки в мышлении, связанные с влиянием на суждения заранее сформировавшихся у клиента дезадаптивных установок (например, катастрофизация, гиперболизация, наклеивание ярлыков и др.).

**Компетентность в совладании/преодолении** – приобретение определенных навыков совладания с проблемой и за счет этого в дальнейшем повышение самооэффективности.

**Контрастные навязчивости** – произвольно возникающие мысли и образы, содержание которых резко контрастирует с истинными чувствами и стремлениями клиента; встречаются при обсессивно-компульсивном расстройстве.

**Логотерапия** – направление психотерапии, предложенное В. Франклом, в основе которого лежит предположение о том, что развитие личности происходит через ее стремление к поиску жизненного смысла; имеет ориентацию на исследование имеющих смысл для существования характеристик и оказывает помощь в осознании этих характеристик, их значимости.

**Майевтика** – форма свободной дискуссии (обсуждения насущных проблем), способствующей поиску истины, которую выводят сами ученики Сократа («порождение знания»).

**Мотивационное консультирование** – система интервенций, первоначально предназначенная для повышения мотивации и приверженности терапии у пациентов, страдающих химическими аддикциями (В. Миллер, С. Рольник).

**Направляемое открытие** – принцип когнитивной терапии, введенный А. Беком, характеризующий особый способ взаимодействия специалиста и клиента, позволяющий клиенту, поощряемому действовать как ученый-исследователь, обнаружить собственные стереотипные дисфункциональные паттерны, интерпретации и т.д.

**Нарративная терапия** – психотерапевтический социально-конструктивистский подход, предложенный Д. Эпштейном и М. Уайтом, целью которого является создание вокруг клиента пространства для развития альтернативных, предпочитаемых историй, которые дадут ему возможность почувствовать себя способным повлиять на ход собственной жизни, стать непосредственно автором своей истории и воплотить ее, привлекая «своих» людей для повышения чувства заботы и поддержки.

**Негативный фильтр** – когнитивное искажение (ошибка мышления), при котором клиент фокусируется только на негативном аспекте любой ситуации.

**Обесценивание** – когнитивное искажение (ошибка мышления), при котором клиент не придает значение успехам, позитивному опыту и поступкам.

**Обобщения на основе перечисления** – индуктивный прием, в ходе которого выводы обо всей совокупности явлений, событий делаются на основе знаний только о некоторых членах группы.

**Общие (универсальные) определения** – дефиниции, которые описывают то, как клиент воспринимает и понимает проблему.

**Ориентированная на решение краткосрочная терапия (ОРКТ)** – терапевтический подход, базирующийся на принципах социального конструктивизма, сфокусированный на изменениях (предполагает, что проблемы ни постоянны, ни временны), ориентированный на будущее, использующий терапевтические факторы надежды и ожидания.

**Оценочные вопросы** – вопросы, с помощью которых просят клиента дать оценочное суждение в отношении определенного феномена в соответствии с неким заданным стандартом.

**Поведенческий эксперимент** – метод проверки достоверности мыслей и предположений клиента, его искаженных убеждений или прогнозов в ситуации реальной жизни.

**Преобразующие вопросы** – вопросы, которые создают для клиента задачу несколько трансформировать информацию или высказанную идею в другую, но параллельную форму.

**Рациональная терапия Дюбуа** – метод психотерапии, предложенный П. Дюбуа для лечения психических расстройств невротического уровня путем разъяснения и логического убеждения.

**Регрессия к среднему** – в контексте психотерапии: улучшение состояния клиента, происходящее по причине естественных колебаний выраженности его симптоматики.

**Руминации** – сводное обозначение разных способов неадаптивного мышления, класс осознанных мыслей, которые циркулируют вокруг определенной темы и поддерживаются внешней средой (S. Nolen-Hoeksema) – один из типов метакогнитивных стратегий (способ совладания с мыслями, «мыслями о мыслях»), обладающий высокой вязкостью, ригидностью, определяемой либо как свойство личности, либо как характеристика поведения (инертность, неповоротливость, тугоподвижность, стереотипия, персеверации, вязкость, торпидность, косность, фиксированность, фиксация, подвижность, динамичность, лабильность, тормозимость). Характеризуются значительным объемом и непродуктивностью.

**РЭПТ (рационально-эмоционально-поведенческая терапия, 1993, А. Эллис)** – один из ведущих подходов когнитивно-поведенческого направления в психотерапии и психологическом консультировании, в котором в качестве главной причины эмоциональных расстройств рассматриваются ошибочные, иррациональные установки (убеждения, верования, идеи, предположения и т.п.), активное оспаривание этих убеждений и создание новой эффективной жизненной философии лежит в основе изменений.

**Самозффективность** – вера в эффективность собственных действий и ожидание успеха от их реализации (А. Бандура).

**Сверхобобщение** – когнитивное искажение (ошибка мышления), при которой клиент делает глобальные выводы из одного или нескольких событий.

**Синтетические вопросы** – вопросы, которые направлены на поощрение клиента к решению проблемы креативным дивергентным мышлением.

**Сократический диалог** – «диалог, который заключается в том, чтобы задавать клиенту вопросы:

- а) на которые клиент может ответить на основании своих знаний;
- б) которые привлекают внимание клиента к информации, которая имеет непосредственное отношение к обсуждаемой теме, но ранее могла находиться вне текущего фокуса внимания клиента;
- в) которые в целом направляют от частного к более общему с тем, чтобы
- г) клиент смог в итоге использовать новую информацию, либо подвергнуть свое прошлое заключение переоценке, либо сконструировать новую идею» (Padesky С. А., 1993).

**Социальный конструктивизм** – направление в социальных науках, в том числе психологии, постулирующее первостепенную роль дискурса и отношений между людьми в конструировании мира и собственного «Я». Согласно этому подходу, «сама личность, конструирующая свое понимание мира, в свою очередь конструируется обществом, в котором она развивается,

языком и культурным контекстом развития» (Фаликман М. Методология конструктивизма в психологии познания // Психологические исследования. 2016. № 9 (48)).

**Стратегическая семейная терапия** – подход к семейной психотерапии, использующий взгляд на семью как на систему, циркулярную модель причинности расстройства, ориентированный на решение проблем. Основные представители: Дж. Хейли, К. Маданес, К. Витакер.

**Терапевтический альянс** – взаимодействие, отражающее качество отношений между терапевтом и клиентом.

**Техника «падающей стрелы»** – выявление обобщенного смысла автоматических мыслей и поведения клиента; особый способ задавания вопросов (использование формулы: «Что это означает?», «Что это для Вас значит?»), позволяющий перейти от описания автоматических мыслей к глубинным убеждениям клиента.

**Условные правила** – согласно когнитивно-поведенческому подходу, промежуточные убеждения клиента, которые помогают ему справиться с негативными глубинными убеждениями человека о себе самом, об окружающем мире, об отношениях. Например, глубинное убеждение «Я не заслуживаю любви» может вести к формированию условного правила «Я должен делать все идеально, тогда я могу быть любим и принят другими».

**Фундаментальная ошибка атрибуции** – склонность наблюдателей недооценивать влияние ситуативных факторов и переоценивать роль диспозициональных факторов в поведении других людей.

**«Чудесный вопрос»** – разновидность открытого вопроса, применяемого в подходах, основанных на идеях социального конструктивизма (например, ориентированная на решение краткосрочная терапия). Адресуясь к представлению будущего, в котором проблема «волшебным образом» исчезла, стимулирует фокусирование клиента на аспектах ситуации за пределами проблемы и поощряет изучение ее влияния на другие аспекты жизни человека.

**Экспозиция** – техника когнитивно-поведенческой терапии, основанная на принципах бихевиоризма и состоящая в специально организованном в контексте терапии непосредственном предъявлении пугающего стимула с целью выработки новой поведенческой реакции.

## Список литературы

1. *Александров А. А.* Интегративная психотерапия. СПб.: Питер, 2009. 352 с.
2. *Бренифье О.* Искусство обучать через дискуссию: Учеб. пособие. М.: Мозаика-Синтез, 2016. 128 с.
3. *Бурменская Г. В., Карабанова О. А., Лидерс А. Г.* Возрастно-психологическое консультирование. М., 1990. 136 с.
4. *Венгер А. Л.* Психологическое консультирование и диагностика. М.: 2001. 160 с.
5. *Гаврилова Т. В.* Личностное консультирование подростков как вид психологической помощи // Психологическая наука и образование. 1997. № 1. С. 88–92.
6. *Гарднер Р.* Психотерапия детских проблем. СПб., 2002. 416 с.
7. *Гетманова А. Д.* Логика: углубленный курс. М.: Кнорус, 2008. 164 с.
8. *Детская и подростковая психотерапия* / под ред. Д. Лейна. СПб., 2001. 125 с.
9. *Игумнов С. А.* Психотерапия и психокоррекция детей и подростков. М.: Изд-во Института психотерапии, 2000. 112 с.
10. *Канеман Д., Словик П., Тверски А.* Принятие решений в неопределенности. Правила и предубеждения. 2-е изд., испр., перераб. Харьков: Гуманит. центр, 2014. 544 с.
11. *Карпович Е.* Сократический диалог: основные принципы и модели использования. URL: <http://katekarpo.com/articles/39-socrat-ru.html> (дата обращения: 28.09.2018).
12. *Ксенофонт.* Воспоминания о Сократе. URL: <http://ancientrome.ru/antlitr/t.htm?a=1348105100> (дата обращения: 20.09.2018).

13. *Миллер В., Рольник С.* Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. М.: Эксмо, 2017. 544 с.
14. *Михальский А. В.* SFBT: Ориентированная на решение краткосрочная терапия. М., 2015. 75 с.
15. *Монина Г.Б.* Психологическое консультирование детей и подростков / Г. Б. Монина. СПб: Речь, 2011. 396 с.
16. *Ромек Е. А.* Психотерапия: рождение науки и профессии. Ростов н/Д: Мини Тайп, 2005. 291 с.
17. *Платон* Теэтет//Соч.: в 4 т. Т. 2/под общ. ред. А. Ф. Лосева и В. Ф. Асмуса; пер. с древнегреч. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та: Изд-во Олега Абышко, 2007. С. 229–327.
18. *Тронский И. М.* История античной литературы. М.: Высш. шк., 1988. 464 с.
19. *Полякова М. В.* Проект «Круг Сократа» или как научиться вести сократовскую беседу // Заметки ученого. 2015. Т. 1, № 1-1(1). С. 92–103.
20. *Симонова Н. С.* Метод Сократа в обучении // Подготовка кадров для силовых структур: современные направления и образовательные технологии: матер. XIX Всерос. науч.-метод. конференции. 2014. С. 142–144.
21. *Федоров А. П.* Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002. 352 с.
22. *Фохт Б. А.* Педагогические идеи Сократа // Дидакт. 1998. № 1(22). С. 60–64.
23. *Фридман Дж., Комбс Дж.* Нарративный подход. Истории и рассказы как терапия. М.: Класс, 2001. 368 с.
24. *Холмогорова А. Б.* Когнитивная психотерапия и отечественная психология мышления // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 165–181.

25. *Холмогорова А. Б.* Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. 2016. № 2. С. 16–21.
26. *Экслайн В.* Игровая терапия. М., 2007. 479 с.
27. *Anderson H. & Goolishian H.* The client is the expert: A not-knowing approach to therapy // McNamee S. and Gergen K. (eds.), *Therapy as social construction*. London: Sage, 1992. P. 25–39.
28. *Arkowitz H.* Integrative theories of therapy // Freedheim D. K. (ed.). *History of psychotherapy*. Washington: American Psychological Association, 1992. P. 261–303.
29. *Beal D., Kopeck A.M., Diguseppe R.* Disputing clients' irrational beliefs//*Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*. 1996. Vol. 14(4). P. 215–229.
30. *Carey T. A., Mullan R. J.* What Is Socratic Questioning? // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2004. Vol. 41, No 3. P. 217–226.
31. *Chessick R.* Socrates: First psychotherapist. // *American Journal of Psychoanalysis*, 1982. Vol. 42, P. 71–83.
32. *Claiborn C. & Dixon, D.* The acquisition of conceptual skills // *An exploratory study. Counselor Education and Supervision*. 1982. Vol. 21. P. 274–281.
33. *Clark G. I. & Egan S. J.* Clarifying the Role of the Socratic Method in CBT: a Survey of Expert Opinion // *J Cogn Ther*. 2018. Vol. 11. P. 184–199.
34. *De Jong Peter & Berg Insoo Kim.* *Interviewing for Solutions*. Pacific Grove. Calif.: Brooks/Cole, 1997. 324 p.
35. *Dummet N.* Processes for Systemic Cognitive-Behavioural Therapy with Children, Young People and Families // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2006. Vol. 34, issue 2. P. 179–189.

36. *Ehrenreich-May J. & Bilek E. L.* The development of a transdiagnostic, cognitive behavioral group intervention for childhood anxiety disorders and co-occurring depression symptoms // *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012. Vol. 19. P. 41–55.

37. *Friedberg R. D.* Metaphors and Stories in Cognitive Behavioral Therapy with Children // *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2010. Vol. 28, issue 2. P. 100–113.

38. *Garrett E.* The Socratic Method (Green Bag Article) // University of Chicago Law School: официальный сайт. URL: [http://www.law.uchicago.edu/socrates/soc\\_article.html](http://www.law.uchicago.edu/socrates/soc_article.html) (дата обращения: 28.05.2017).

39. *Gassmann D. & Grawe K.* General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006. Vol. 13(1). P. 1–11.

40. *Grawe K. & Caspar F.* Allgemeine Psychotherapie // W. Senf & M. Broda (Hrsg.). *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. Stuttgart: Thieme. 2012. P. 33–46.

41. *Grawe K.* Research-informed psychotherapy // *Psychotherapy Research*. 1997. Vol. 7(1). P. 1–19.

42. *Grawe K.* *Psychological therapy*. Cambridge: Hogrefe & Huber, 2004. 655 p.

43. *Grawe K.* Allgemeine Psychotherapie // Petermann F. & Reinecker H. (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe, 2005. S. 294-310.

44. *Hayes S. C., Hofmann S. G.* *Process Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*. Context Press, 2017. 452 p.

45. *Heiniger L. E., Clark G. I., Egan S. J.* Perceptions of Socratic and non-Socratic presentation of information in cognitive behaviour therapy. *J. of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2018. Vol. 58. P. 106–113.
46. *Holland J., Holyoak K., Nisbett R. & Thagard P.* Induction: Processes of inference, learning, and discovery. Cambridge, MA: MIT Press, 1986. 398 p.
47. *James I. A., Morse R., & Howarth A.* The science and art of asking questions in cognitive therapy // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2010. Vol. 38. P. 83–93.
48. *Kazantzis N., Dattilio F. M., Dobson K. S.* The Therapeutic Relationship in Cognitive-Behavioral Therapy A Clinician's Guide. ...place... 2017. 288 p.
49. *Kazantzis N., Fairburn C. G., Padesky C. A., Reinecke M., & Teesson, M.* Unresolved issues regarding the research and practice of cognitive behavior therapy: The case of guided discovery using Socratic Questioning // *Behaviour Change*. 2014. Vol. 31. P. 1–17.
50. *Kendall Ph. C.* Child and Adolescent Therapy, Fourth Edition: Cognitive-Behavioral Procedures. Guilford Press, 2011. 538 p.
51. *Kennerley H.* Socratic method. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2007. P. 863–869.
52. *Leal F., Saran R.* A Dialogue On the Socratic Dialogue//Occasional Working Papers in Ethics and The Critical Philosophy. Edited by Patricia Shipley for The Society for the Furtherance of the Critical Philosophy (London). 2000. Vol. 2. P. 50–61.
53. *Legrenzi P.* Discovery as a means to understanding // *Quarterly Journal of Experimental Psychology*. 1971. Vol. 23. P. 417–422.
54. *Lundin R. W.* Alfred Adler's Basic Concepts And Implications. Routledge, 2015. 166 p.

55. *Mahoney M. J.* Cognition and behavior modification. Cambridge, MA: Ballinger, 1974. 351 p.

56. *McDaniel M. & Schlager M.* Discovery learning and transfer of problem-solving skills. *Cognition and Instruction*. 1990. Vol. 7. P. 129–159.

57. *McKay D., Storch E. A.* Cognitive Behavior Therapy for Children: Treating Complex and Refractory Cases. Springer Publishing Company, 2009. 608 p.

58. *McLachlan N. L., Eastwood L., Friedberg R. D.* Socratic Questions With Children: Recommendations and Cautionary Tales // *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*. 2016. Vol. 30. P. 105–119.

59. *Meichenbaum D.* Changing conceptions of cognitive behavior modification: Retrospect and prospect // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1993. Vol. 61(2), P. 202–204.

60. *Nisbett R. E., Caputo C., Legant P. & Marecek J.* Behavior as seen by the actor and as seen by the observer // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1973. Vol. 27(2). P. 154–164.

61. *Overholser J. C.* The Socratic method as a technique in psychotherapy supervision // *Professional Psychology: Research and Practice*. 1991. Vol. 22. P. 68–74.

62. *Overholser J. C.* Elements of the Socratic method: I. Systematic questioning // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 1993. Vol. 30. P. 67–74.

63. *Padesky C. A.* Socratic questioning: Changing minds or guiding discovery? Huntington Beach, CA: Center for Cognitive Therapy, 1993. 207 p.

64. *Rosenzweig S.* Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy: [Электронный ресурс]. URL: <http://www.bgrosjean.com/files/Rosenzweig1936Commonfactorinpsychotherapy.pdf> (дата обращения: 24.08.2019).

65. *Rutter J. G., & Friedberg R. D.* Guidelines for the effective use of Socratic dialogue in cognitive therapy. In VandeCreek & T. L. Jackson (Eds.) // *Innovations in clinical practice: A source book*. 1999. Vol. 17. P 481–490.

66. *Schuster Shlomit C.* *Philosophical Practice: An Alternative to Counseling and Psychotherapy*. Westport, Connecticut: Praeger, 1999. 224 p.

67. *Stein H.* Adler and Socrates: Similarities and differences. *Individual Psychology*. 1991. Vol. 47. P. 241–246.

68. *Tomm K.* *Interventive Interviewing: Part 11. Reflexive Questioning as a Means to Enable Self-Healing // Family Process*. 1987. Vol. 26. P. 167–183.

69. *Wong P. T. P.* Towards an integrative model of meaning-centered counselling and therapy // *The International Forum for Logotherapy*. 1999. Vol. 22. P. 47–55.

## Приложения

Приложение 1. Дневник мыслей (Д. Гринбергер К. Падески. Дневник мыслей / Center for Cognitive Therapy. Newport Beach, 1983.

1. Ситуации. С кем? Что? Когда? Где?	2. Чувства а. Что вы чувствовали? б. Оцените каждое чувство (0–100%)	3. Автоматические мысли (образы) а. Что возникло в вашем сознании непосредственно перед тем, как у вас возникло это чувство? Какие-нибудь другие мысли? Образы? б. Подчеркните самую напряженную мысль	4. Доводы в пользу истинности напряженной мысли	5. Доводы против истинности напряженной мысли	6. Альтернативные/взвешенные мысли а. Запишите альтернативную или более взвешенную мысль б. Оцените свою уверенность в каждой из альтернативных или взвешенных мыслей (0–100%)	7. Оцените свои чувства теперь Оцените свои чувства, зафиксированные в столбце 2, а также свои новые чувства (0–100%)

## Приложение 2. Пример сократического диалога

Пациентка 35 лет с выраженной тревогой о здоровье. Триггером, поднявшим уровень тревоги, стала информация о смерти от рака известного артиста N.

П: Когда я прочитала об этом, поняла, что выхода нет: если эта болезнь косит всех без разбора, даже людей известных и богатых, то я не могу быть в безопасности. Стало очень страшно.

Т: Если вы помните, что мы говорили о влиянии мыслей на настроение, то правильно ли я понимаю, что именно мысль «Раз умер он, то я в большой опасности» усилила тревогу?

П: Да, именно так.

Т: Давайте попробуем разобраться в этой мысли. Как вы думаете, у всех ли людей это известие вызвало такую тревогу, как у вас?

П: Конечно, нет. Например, мой муж вообще не встревожился.

Т: В чем была разница в его мыслях и ваших, как вы думаете?

П: Он просто воспринял информацию и не отнес ее к себе. А я стала думать, что вот эта болезнь косит всех, и даже какая-то безнадежность возникла.

Т: Что еще усиливает вашу веру в это?

П: Ну вот, например, я подписана в соцсетях на группу, где собирают деньги больным детям. Я вижу, как много детской онкологии существует. А если представить себе другую мать, которая не владеет этой информацией, она тревожится меньше.

Т: То есть тот, кто больше информирован, больше знает, тот и тревожится больше?

П: Да.

Т: Тогда получается, что больше всех бояться заболеть раком должны люди, находящиеся в центре событий: врачи-онкологи, регистраторы в поликлинике онкодиспансера, ученые-исследователи рака и т.д.

П: Я не знаю, конечно, про врачей точно, но не думаю, что у них у всех онкофобия.

Т: Представьте себе онкодиспансер, все работники которого непрерывно беспокоятся о раке так, что не могут работать.

П: *(улыбается)* Да, это как-то не очень реально.

Т: Может ли быть другое объяснение тому, что у людей, владеющих информацией, не растет тревога по этому поводу?

П: Ну, возможно, они знают, что есть у ряда людей предрасположенность к раку, курильщики например, а у них и у их близких этой предрасположенности нет. Или они знают, что нужно делать, чтобы распознать болезнь на ранней стадии.

Т: То есть их тревога не растет потому, что они не верят, что «рак косит всех без разбора», а гораздо более часто встречается у определенных групп людей. И еще потому, что знают: если будут соблюдать определенные рекомендации по обследованию и вести здоровый образ жизни, то смогут значительно снизить эту вероятность, фактически в сотни раз.

Возвращаясь к N. Есть ли у вас сведения, что он имел какую-то предрасположенность, т.е. был в «группе риска»?

П: Ну, я точно знаю, что он много курил. Я смотрела раньше интервью с ним, он там дымил постоянно. Кроме того, артисты часто злоупотребляют алкоголем, хотя здесь я не уверена. Ну и ему было за 70 уже. В этом возрасте, как я знаю, опасность рака выше, потому что иммунная система работает уже не так хорошо.

Т: Итак, у нас есть точно два фактора, которые относили его к группе риска, но которые никак не связаны с вами: вы не курите и вам 35 лет. Как это согласуется с первоначальными мыслями «Раз умер он, то я в большой опасности» и «Рак косит всех без разбора»?

П: Да, похоже, что его ситуация вообще не повод делать какие-то выводы обо мне (*думает*). Да, так это легче воспринимать.

Т: Насколько это снижает первоначальную тревогу?

П: В два раза примерно. Если было около 70%, то сейчас, наверное, 35%. Но все равно на меня отовсюду валится эта информация. Недавно я зашла в Интернет и увидела рекламу онкологической клиники в браузере. Сразу подумала: «Ну вот, раз они рекламируются, значит, этого всего так много...».

Т: Давайте подумаем над этим моментом. Была ли там еще какая-нибудь реклама?

П: Скорее всего, да, но я на нее не обратила внимание. Я же о раке думаю все время. Да, я помню про избирательное восприятие, похоже, это оно и есть: я не обращаю внимание на другие объявления.

Т: И есть ли еще причина, по которой это объявление могло появиться в вашем браузере?

П: Ну, конечно. Я знаю, что поисковая машина реагирует на самые частые запросы и дает рекламу в зависимости от этого. А я же на одну тему только запросы посылаю.

Т: И если бы вы интересовались, например, дизайном интерьера или поездкой по Золотому кольцу, вы бы получали эти сведения в рекламе?

П: Да, так это и происходит.

Т: Какой эксперимент мог бы нам подтвердить это?

П: Я хотела бы заняться йогой. Я могла бы поискать в Интернете информацию об этом, например, неделю и посмотреть, как изменятся рекламные объявления.

Учебное издание

**Бурдин Михаил Валерьевич**  
**Игнатова Екатерина Сергеевна**

**Психологическое консультирование и психотерапия:  
технология сократического диалога**

Учебное издание

Редактор *Л. П. Сидорова*  
Корректор *В. А. Филимонова*  
Компьютерная верстка: *Е. С. Игнатова*

---

Объем данных 1,23 Мб  
Подписано к использованию 07.10.2019

---

Размещено в открытом доступе  
на сайте [www.psu.ru](http://www.psu.ru)  
в разделе НАУКА / Электронные публикации  
и в электронной мультимедийной библиотеке ELiS

Издательский центр  
Пермского государственного  
национального исследовательского университета  
614990, г. Пермь, ул. Букирева, 15