

## Поведенческая диагностика и ее использование в поведенческой терапии (1)

Ромек В.Г., к.пс.н.

Опубликовано в: *Московский психотерапевтический журнал*, №4, 2001, с. 72-86

Поведенческая диагностика представляет собой очень специфическую форму психодиагностики. Во многих моментах поведенческая диагностика расходится с традиционной психодиагностикой, основанной на теории черт, и предполагающей существование относительно стабильных и неизменных качеств личности.

В традиционной диагностике предполагается, что существуют некоторые центральные стабильные характеристики (черты) личности и внешнее наблюдаемое поведение является проявлением этих черт. Считается, что поведение человека можно понять и предсказать, измерив эти черты. В основе традиционной психодиагностики таким образом лежат (лишь частично, кстати, проверенное экспериментально) предположения о том, что между чертами личности и поведением существует причинно-следственная связь, и что внешнее поведение лишь в незначительной степени зависит от влияния социальной ситуации. Полученные на основе корреляционного анализа данные о связи ответов на утверждения теста между собой и связи совокупного индекса с внешней контрольной переменной в традиционной психодиагностике служат основанием для оценки внешней и внутренней валидности теста и его надежности. Такого рода валидизация все же имеет ряд ограничений (хотя бы в силу того, что корреляционные исследования не дают нам знания причинно-следственных связей) за что многократно подвергалась критике (Mischel, 1968; Goldfried and Kent, 1972).

Хотя очень многие психотерапевты традиционно отстаивают роль и значение традиционной психодиагностики, в практической работе терапевты поведения все же чаще применяют так называемую поведенческую диагностику, основанную на ряде фундаментальных предположений (Goldfried and Kent, 1972).

1) В поведенческой диагностике предполагается, что поведение человека является следствием не только его строго индивидуальной истории научения и проявлением более или менее обширного репертуара стереотипов поведения, но и в существенной мере опосредуется условиями социальной ситуации, в которую включен человек, и предполагаемыми или реальными последствиями его действий.

Это фундаментальное предположение имеет два следствия. Первое касается конструирования самих утверждений тестов или тестовых ситуаций. Сами стимульные фразы или условия теста должны в достаточной степени представлять испытуемому важнейшие переменные ситуации и последствий поведения. Иными словами, стимульные фразы или ситуации должны быть в максимальной степени наглядны и очевидны.

Поскольку это требование едва ли выполнимо в рамках традиционных бланковых или проективных тестов, то в поведенческой диагностике больше доверяют наблюдению за поведением в реальной жизни (in vivo) или в приближенных к ней ролевых играх (тесты ролевой игры).

Далее, все чаще в ходе поведенческой диагностики используют диагностическую беседу, в которой основной диагнозом становятся самоотчеты клиентов (точность которых, конечно же, проверяется дополнительно).

2) В сравнении с традиционной психодиагностикой, в которой реакции на тестовые задачи испытуемого сравниваются с усредненными реакциями больших выборок, представляющих все генеральную совокупность, в поведенческой диагностике предполагается вариативность поведения человека в различных социальных ситуациях. Иными словами, сами реакции человека на стимульные ситуации рассматриваются в качестве выборки, на основании которой ставится диагноз. Нормативная функция усредненного поведения других людей при этом имеет лишь косвенное значение, репрезентируя собой социальную норму.

Таким образом, сбор и анализ данных в процессе поведенческой психодиагностики нацелен на выявление функциональных связей между важнейшими переменными окружающей среды, организма человека, его

когнициями (ожиданиями, верой, оценками и планами) и особенностями внешнего наблюдаемого (вербального и невербального) поведения.

Сопоставление этих знаний с особенностями поведения других людей имеют лишь косвенное значение.

В первую очередь поведенческая диагностика служит целям организации и контроля терапевтических вмешательств, хотя и сама она в определенном смысле является терапевтическим вмешательством. Поскольку в процессе диагностики активно участвует клиент, поскольку терапевт не делает никакого секрета из этого процесса и охотно разъясняет его смысл и принципы, постольку клиент не может в принципе остаться абсолютно безучастным и не-вовлеченным в процесс диагностики. Результат поведенческой диагностики – поведенческий диагноз – активно обсуждается с клиентом и служит основой выбора методов поведенческой психотерапии для использования на стадии активного вмешательства.

Так как функциональные отношения между окружением и человеком в процессе терапевтического вмешательства изменяются, то и поведенческая диагностика не заканчивается в момент начала терапевтических интервенций. Диагностика сопровождает весь процесс терапии на всех его этапах – и после завершения терапии используется для контроля ее эффективности.

### **Функциональный анализ поведения по Кэнферу**

Итак, поведенческая диагностика направлена не столько на выявление и описание некоторых черт и характеристик, сколько на выяснение определенных функциональных связей между поведением человека и его меняющейся жизненной ситуацией и социальным окружением.

Сначала Кэнфер ( Kanfer and Saslow , 1969), а затем и Шульте ( Schulte , 1974) следующим образом сформулировали три вопроса, на которые должна дать ответ поведенческая диагностика:

- **(Определение целевого поведения)** *Какие образцы поведения требуется изменить* в отношении их интенсивности, длительности, частоты или условий их проявления?
- **(Анализ условий поведения)** При каких условиях это поведение приобретаетс, или какие очевидные факторы тормозят это поведение?
- **(Выбор методов и планирование терапии)** Какие мероприятия лучше всего подходят, чтобы добиться намеченных изменений с данным конкретным человеком?

Эти три вопроса еще раз подчеркивают тесную взаимосвязь, которая существует между поведенческой диагностикой и поведенческой терапией. Сама диагностика служит цели планирования терапевтических интервенций, а в ходе психотерапии получают все новую и новую диагностическую информацию о функциональных связях между изменяемым поведением и историческими и ситуативными переменными.

Единицей диагностического анализа по Кэнферу является не поведение само по себе, а постоянно меняющиеся связи между поведением и переменными социальной среды.

Остановимся подробнее на трех этапах функционального анализа поведения.

### **Определение целевого поведения**

Процесс определения целевого поведения по Кэнферу содержательно подразделяется на два этапа. На первом этапе в диалоге с клиентом последовательно принимают ряд решений относительно того, к чему терапевт и клиент будут совместно стремиться в процессе терапии. Эти решения в существенной мере зависят от ряда факторов: от тяжести симптома или симптоматического поведения, от условий жизни клиента, последствий, к которым может привести изменение поведения, терапевтических возможностей и ограничений. Клиенту и терапевту по окончании этого этапа должно стать совершенно ясно, какие конкретные изменения поведения будут означать для обоих успешную терапию. Конкретность формулирования целей заключается в том, что, среди прочего, оговариваются ясные и однозначные критерии изменений, и эти критерии формулируются в форме описания конкретных поведенческих навыков. Эта конкретность создает основу быстрого и эффективного прохождения второго этапа анализа целей.

На втором этапе целевого анализа определяются конкретные образцы поведения, изменение которых приведет к успеху терапии. Если на первом этапе ищут ответ на вопрос «что именно должно быть достигнуто?», то на втором этапе отвечают на вопрос «чего на данный момент времени для этого не хватает?» или «что мешает этого достичь?».

**Пример:** В беседе с молодым человеком, который жалуется на одиночество и отсутствие близких межличностных отношений, в качестве цели сначала определяют наличие двух-трех новых знакомых, с которыми ему интересно будет проводить свободное время, а затем конкретизируют эту цель в форме целевого поведения. Необходимо будет научить молодого человека знакомиться с интересными ему людьми и развивать с ними близкие межличностные отношения в том объеме, в каком это его будет удовлетворять.

На втором этапе определяется, что необходимо будет избавить молодого человека от страха контакта при знакомстве с незнакомыми людьми и научить его интересно рассказывать о себе и своих интересах. Предполагается, что этих навыков будет достаточно для того, чтобы молодой человек сам смог выстроить такой круг общения, который его будет удовлетворять.

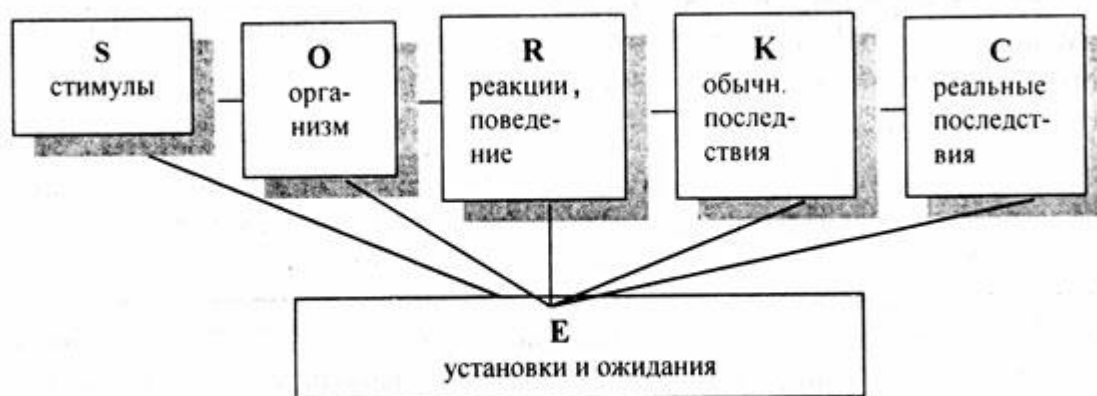
На заключительном этапе определения целей с клиентом необходимо придти к такой формулировке цели, которая позволила бы каким-то образом измерить достигнутый прогресс с использованием более или менее объективных критериев. Иногда этот этап постановки и согласования целей называют этапом «операционализации цели».

Конечно, в процессе терапии цели могут измениться (иногда – очень существенно) в результате изменений, которые происходят в жизни клиента или вследствие получения новых данных в процессе поведенческого анализа. Но это не уменьшает значения первоначального терапевтического контракта, согласия в отношении общих целей, который стимулирует совместную работу клиента и терапевта над проблемами клиента.

### Анализ условий поведения

Модель поведенческого анализа была разработана Кэнфером с учетом основных положений теорий регуляции поведения и на основе ранее представленных нами принципов поведенческой диагностики.

Главная зависимая переменная – поведение ( R ) понимается Кэнфером как функция ряда независимых переменных ( S , O , K , C ). Эти независимые переменные изучаются в процессе диагностики, и служат целям составления плана терапии. В процессе терапии, изменяя независимые переменные, терапевт добивается осуществления определенной ранее терапевтической цели.



*Рис. 1. Модель поведенческого анализа по Ф. Кэнферу*

В соответствии с моделью поведенческого анализа, проблемное поведение ( R ) является следствием ситуативных ( S ) или биологических ( O ) детерминант, и само вызывает определенные последствия ( K , C ). Эти последствия, в свою очередь, также могут изменять как поведение, так и предшествовавшие ему ситуативные и биологические детерминанты.

В последнее время эти пять переменных все чаще дополняют шестой переменной – (Е), под которой понимаются определенные ожидания и установки в отношении своего поведения и его последствий.

Отдельные компоненты этой схемы принято понимать следующим образом:

Символ	Диагностическая информация
<b>С</b>	<p>Детальное и релевантное поведению описание стимулов, которые запускают или тормозят соответствующее поведение человека. Различают физические, социальные и поведенческие стимулы.</p> <p>Под физическими стимулами понимают объекты предметного мира, под социальными – действия, присутствие или отсутствие других людей. Сами действия клиента также могут быть стимулами, если они запускают или тормозят иные его собственные действия.</p>
<b>О</b>	Биологические качества организма, которые важны для поведения, придают ему те или иные особенности.
<b>R</b>	Моторное (вербальное и невербальное), эмоциональное и когнитивное (мысли, образы, представления, мечты) и физиологические поведенческие черты. Неверным будет давать обобщенные наименования (например, страх, агорафобия, депрессия). Требуется описание конкретных качественных и количественных признаков, имеющих отношение к S, E, а также – O, K, C.
<b>К</b>	Обычные, привычные и стабильные последствия поведения.
<b>С</b>	Актуальные последствия поведения, которые различаются по времени появления (кратковременные и долговременные); по качеству (позитивное или негативное подкрепление и наказание) и по месту возникновения (внутренние или внешние)
<b>Е</b>	Планы, нормы, установки, ожидания и атрибутивные процессы, имеющие отношение к планированию и осуществлению поведенческих намерений. Эти внутренние когнитивные процессы должны касаться ситуации, собственного поведения, его возможных последствий, поведения других людей и т.д.

*Таблица 1. Элементы модели поведенческого анализа Кэнфера (по Hautzinger, 1996)*

Способы и место сбора релевантной схеме информации зависят от множества факторов, в первую очередь – от характера поведенческой проблемы и готовности людей из близкого окружения клиента принимать участие в терапии.

Информация может быть получена в процессе беседы с клиентом, но чаще она перепроверяется с использованием включенного или скрытого наблюдения в реальной обстановке – в семье, на рабочем месте, на улице, в квартире клиента. Если это невозможно, используют различного рода модельные ситуации (тесты ролевой игры) или специальные бланки самонаблюдения, вопросники и пр.

Результатом анализа условий поведения становятся уточненные терапевтические цели, предположения о последствиях их достижения для непосредственного окружения клиента и для него самого. Эти предположения обсуждаются с клиентом и людьми из его непосредственного окружения и служат основой для планирования и контроля процесса поведенческой психотерапии.

#### **Поведенческая диагностика и ее использование в поведенческой терапии [2]**

*Ромек В.Г., к.пс.н.*

*Опубликовано в: Московский психотерапевтический журнал, №4, 2001, с. 72-86*

#### **Схема BASIC ID А. Лазаруса и ее использование в поведенческой диагностике**

Схема мультимодальной психотерапии Арнольда Лазаруса, тоже находит свое применение в поведенческой психодиагностике на всех трех ее этапах.

Анализ поведения с применением схемы BASIC ID заключается в определении целей терапии, анализе поведения и выборе терапевтических мероприятий по каждому из пунктов схемы.

Результатом должен стать комплексный план терапевтический вмешательств, который включает пункты, специфические каждому элементу схемы. Поскольку эти элементы имеют разную терапевтическую и психологическую модальности, то и возникающая в результате терапия названа Лазарусом мультимодальной терапией.

В процессе анализа Лазарус предлагает начинать с тех модальностей и в то последовательности, в которой они присутствуют в описаниях клиентом своих проблем, а затем задавать ряд последовательных вопросов на прояснение положения дел в других модальностях.

Для этого могут быть использованы следующие ключевые вопросы ( Lazarus , 1996):

**Поведение** ( В – behavior ): Какие действия или реакции клиент хотел бы в будущем совершать чаще, и каких действий он хотел бы избегать? Как конкретно, на уровне поведения, выглядели или выглядят обычно те или иные события?

**Аффект** ( А – affect ): Какие чувства чаще всего возникают у клиента? Какие чувства ему чаще всего мешают? Какие чувства сопровождают его поведение?

**Восприятие** ( S – sensation ): Какие негативные ощущения переживает клиент (напряжение, боли, тревожность)? Какие ощущения сопровождают его поведение?

**Воображение и представления** ( I – imagery ): Какие сцены из прошлого или настоящего приходят в голову клиенту чаще всего? Что «стоит у него перед глазами» обычно и в трудных ситуациях?

**Когниции, мысли** ( С – cognition ): Какие мысли приходят в голову клиенту относительно себя самого или окружающего мира? Какое влияние эти мысли оказывают на его поведение, чувства, воображение, отношение к другим людям?

**Социальные связи , отношения** ( I – interpersonal relationships ): какие проблемы у клиента есть в отношениях с близкими людьми или на работе? Как это влияет на его поведение, самочувствие и т.д.?

**Физиологические переменные** ( D – drugs and biological factors ): Каков уровень физического здоровья клиента, как это может повлиять на его поведение? Принимает ли он регулярно или в критических ситуациях какие-либо медикаменты?

Ниже приводится пример «микроскопического мультимодального анализа» и выбора терапевтических мероприятий для женщины, обратившейся к терапевту по поводу алкоголизма. В ходе работы был получен следующий профиль нарушений и терапевтических мероприятий разных модальностей:

Модальность	Проблемы	Возможности терапии
( В ) Поведение	Зависимость от выпивки	Аверсивная имажинация или методы самоконтроля
	Избегание других людей, негативные самооценки	Тренинг уверенности в себе
	Дрожь правой руки	Негативная тренировка
	Выпивка, когда одна остается дома	Контроль стимулов, чаще бывать вне дома Педагогический тренинг, медиаторный тренинг
( А ) Аффект	Крики и вопли в общении с детьми Подавление злости (когда речь не идет о детях)	Тренинг уверенности в себе

	Чувство страха	Самогипноз с позитивной имажинацией
( S ) Восприятие	Депрессия	Увеличение позитивных подкреплений
	Боли в желудке	Дыхательные упражнения
( I ) Воображение	Чувство напряжения в голове и пояснице	Тренинг релаксации
	Неприятные образы ссор между родителями	Десенсибилизация
( C ) Мысли	Окрики отца, запирающие в детской комнате как наказание	Имажинация с высвобождением страха и злости
	Нерациональные мысли о своей неполноценности	Переформулирование нерациональных убеждений
	Множественное чувство вины	Переформулирование нерационального долженствования
	Амбивалентность по отношению к мужу и детям	Семейная терапия с использованием позитивного подкрепления
( D ) Физиология и медикаменты	Недоверие	Тренинг открытого выражения чувств
	Использование алкоголя и антидепрессантов	Медицинская терапия на замещение антидепрессантов

*Таблица 2. Пример анализа BASIC ID (по Lazarus , 1996, с.49)*

Как это видно из таблицы, в каждом конкретном случае возможно применение большого количества методов и именно это подчеркивает Лазарус, когда говорит о необходимости движения «вширь», а не «вглубь». Под «движением вширь» он понимает необходимость включения в поведенческую терапию самых разных методов, подобранных под конкретный случай конкретного человека. Поскольку этот случай безусловно будет строго индивидуальным, то и план терапевтических мероприятий также должен быть сугубо индивидуальным.

Для выбора конкретной последовательности и комбинаций различных методов Лазарус предлагает метод «отслеживания» ( Lazarus , 1981; Лазарус, 1998).

Суть метода отслеживания состоит в том, что психотерапевт фиксирует последовательность модальностей, характерную для описания клиентом своих проблем. Именно знание последовательности модальностей помогает точнее выбрать комбинацию и последовательность использования методов психотерапии. Общее правило состоит в том, что последовательность использования методов должна соответствовать строго индивидуальной последовательности модальностей в описании событий.

Пример: Лазарус сравнивает двух клиентов, обратившихся с жалобой на одну и ту же проблему – внезапные приступы беспокойства и тревоги. *Отслеживая* модальности в их рассказах, он обнаружил, что у одного из них эти приступы начинаются с неприятных ощущений слабости, напряжения в голове, на которые клиент обращает внимание, и от этого ощущения усиливаются. В этот момент клиент начинает думать о том, что с ним не все в порядке, и в его воображении возникают неприятные и страшные картины болезней, инфарктов, припадков и т.д.

Отследив таким образом последовательность Ощущения – Мысли – Воображение ( S - C - I ), Лазарус определяет последовательность применения техник: он начинает работать с ощущениями (био-обратная связь и релаксация, затем включает рациональную терапию и завершает позитивной имажинацией).

В другом случае обнаруживается другая последовательность модальностей и она дает совершенно другой терапевтический план . Второй клиент начинает с того, что задумывается о возможных неприятных событиях, образно представляет их себе, после чего у него возникают неприятные ощущения и тревога. Последовательность Мысли – Воображение – Ощущения ( C - I - S ) определяет и план терапии.

## **Планирование и контроль терапевтических вмешательств**

Согласование целей, анализ поведения и планирование терапии составляют совместно три важнейшие задачи поведенческой диагностики. Эти задачи непосредственно вплетены в процесс терапии, начиная с первой встречи с клиентом и заканчивая контролем эффективности психотерапии. Иными словами, совершенно невозможно определить, когда в процессе психотерапии заканчивается диагностическая фаза и начинается фаза вмешательства. В определенном смысле сама диагностика уже является вмешательством, а терапевтические мероприятия дают новую диагностическую информацию. Лишь условно можно считать, что этапом планирования терапии заканчивается диагностическая фаза. Скорее, смещается лишь фокус единой психотерапевтической работы – увеличивается значение активного использования отдельных методов поведенческой психотерапии по согласованному с клиентом плану.

Итак, на заключительном этапе поведенческой диагностики должен возникнуть план терапевтических вмешательств, который направлен на достижение согласованных с психотерапевтом целей клиента, учитывает индивидуальные особенности жизни и поведения клиента, и имеет в своей основе объяснительную модель возникновения и изменения симптоматического поведения.

В объяснительной модели увязываются в единое целое сведения о клиенте и теоретические положения. На основе объяснительной модели отбираются и выстраиваются в логическую цепочку отдельные методы поведенческой психотерапии и проверяются еще раз на техническую достижимость согласованные терапевтические цели.

На этапе терапии будет осуществлено вмешательство – то есть контролируемое и целенаправленное применение отдельных методов поведенческой психотерапии. В процессе вмешательства гипотетическая объяснительная модель проверяется снова, и при необходимости корректируется.

Фаза вмешательства завершается при достижении согласованных с клиентом целей, что в свою очередь проверяется с использованием диагностического инструментария.

### **Методы поведенческой диагностики**

Функциональные модели Кэнфера, Лазаруса и другие задают лишь направление, в котором должна собираться информация, но не содержат указаний на методы сбора этой информации. Принципиально могут быть использованы любые традиционные методы социальных наук и медицины.

Кэнфер (1969) предлагал на фазе сбора диагностической информации использовать следующие методы:

- Беседа с клиентом и людьми из его окружения
- Наблюдение за поведением в ролевых играх или реальных ситуациях
- Видеозапись и демонстрация клиенту ранее записанных сцен
- Наблюдение за невербальным поведением клиента в процессе терапии

Конечно, этот список должен быть дополнен анкетами и иными формами самооценки клиентом параметров своего собственного поведения.

Принципиальных отличий использования стандартных методов социальных наук в рамках поведенческой психотерапии не существует, специфика их использования создается собственно целями поведенческой диагностики:

**Беседа (свободное или стандартизированное интервью)** соответствует структуре выбранной терапевтом функциональной модели и концентрируется на отдельных ее компонентах (например, на особенностях поведения или стимулов, запускающих определенное поведение). Из самой беседы терапевт может получить довольно много информации помимо содержания речи клиента – для этого используются достаточно известные схемы анализа невербального поведения клиента.

**Наблюдение** является ключевым методом поведенческой диагностики, так как в ходе наблюдения терапевт получает непосредственный доступ к тому, что его интересует больше всего – особенностям поведения клиента во взаимосвязи с особенностями ситуации. Различают свободное и стандартизированное (систематическое, т.е. проводимое по определенной системе) наблюдение. В ходе свободного наблюдения

терапевт стремится выделить ключевые моменты взаимодействия клиента с его окружением и понять взаимосвязи, существующие между предшествующими событиями, особенностями поведения и его последствиями. В процессе стандартизированного наблюдения фиксируют заранее определенные особенности наблюдения по их продолжительности, частоте встречаемости или интенсивности.

Фиксироваться в этом случае может как ошибочное (например, заикание или повышение голоса), так и целевое поведение (контакт глаз, позитивные оценки, телесный контакт и т.д.). во взаимосвязи с предшествующими и последующими событиями.

**Пример:** В процессе терапии отношений между матерью и трудным ребенком Бернал (1968) разработал следующую систему наблюдения:

- Ошибочное поведение ребенка ( R ): ребенок кричит, ругается, замахивается, бьет мать, бросается на пол
- Мать игнорирует ошибочное поведение ( R - K , угашение)
- Мать просит, требует чего-либо ( S )
- Мать игнорирует ребенка вообще ( K , ненаправленное угашение)
- Мать поощряет, дает общие позитивные оценки (K, общее ненаправленное поощрение)
- Мать бьет ребенка, кричит в ответ ( K , наказание)
- Мать хвалит ребенка за конкретные действия (K, специфическое поощрение)

Разработанная система оценки позволила обнаружить существенные особенности поведения ребенка и сформулировать цели терапии, которые заключались в том, что мать училась по-разному реагировать на разное поведение ребенка: игнорировать ошибочное поведение, штрафовать физическую агрессию и целенаправленно подкреплять позитивные действия ребенка.

Эта же система стандартизированного наблюдения позволила оценить спустя некоторое время достигнутый прогресс.

*Опросники (анкеты)* в поведенческой диагностике используются довольно часто, например, для диагностики особенностей социальных страхов ( Wolpe and Lang , 1964), изучения стимулов болезненного поведения, оценки само-эффективности (Шварцер и др., 1996) или характеристик самих поведенческих стереотипов (Ромек, 1989,1998). Практически для каждого пункта функциональной модели Кэнфера на сегодняшний день существует свой опросник. Конечно, использование опросника экономит время и дает возможность четко контролировать процесс терапии. В то же время часть достаточно существенной информации может остаться (и всегда остается) за рамками отдельных пунктов анкеты. Ценные советы по разработке анкет для функциональной диагностики поведения дает Бергольд (1972). Множество примеров конкретных тестов и опросников можно найти в учебниках Мишеля, Херсена и Алана Беллака ( Hersen and Bellack , 1988; Hersen and Bellack , 1976).

### **Модель А-В-А**

Для оценки достигнутого в процессе психотерапии успеха, а также для текущего контроля за процессом в поведенческой психотерапии используют специфическую процедуру, которую часто называют моделью А-В-А. Эта экспериментальная модель крайне проста и ограничена изучением одного испытуемого (А) до и после какого-либо терапевтического вмешательства (В). Точнее, речь идет о выборке различных действий испытуемого А до момента вмешательства, в процессе вмешательства и спустя некоторое время после него.

Вместо того, чтобы сравнивать поведение клиента с эталонным поведением, его сравнивают с ним самим – но таким, какой был раньше. Таким образом в самой схеме А-В-А заложен дополнительный источник подкрепления. Ведь сравнение с эталоном всегда дает возможность убедиться, что эталон не достигнут. Сравнение с самим собой в этом смысле всегда так или иначе означает либо подкрепление, либо возможность получить помощь в дальнейшем самосовершенствовании.



Если выборка поведения испытуемого (клиента) после терапии приблизится к заранее определенным целям терапии, то терапию считают успешной. Если требуемых изменений обнаружено не будет, то потребуется либо конкретизация целей, либо коррекция плана психотерапевтических мероприятий.

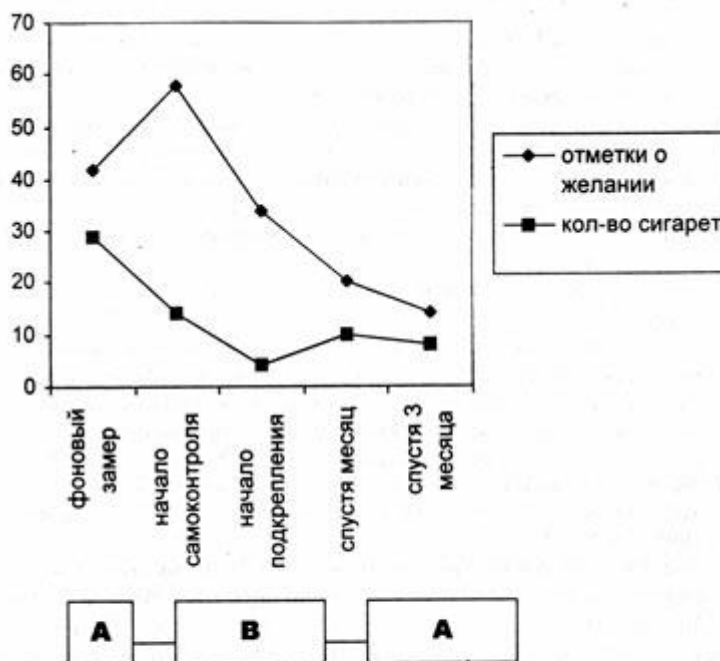


Рис. 2. Экспериментальная процедура А-В-А в программе терапии зависимости

## Литература

- АЙВИ А.Е., АЙВИ М.Б., САЙМЭК-ДАУНИНГ Л. (1999) Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство. Москва: Психотерапевтический колледж.
- АНАСТАЗИ А. (1982) Психологическое тестирование: Книга 2. Москва: Педагогика. с. 149-151; 225-236
- ЛАЗАРУС А. (2000) Мультиmodalная психотерапия // ЗЕЙГ Д.К., МЬЮНИОН В.М. *Психотерапия – что это?* Москва: НФ Класс, с.228-232
- ЛАЗАРУС А.А. (1998) О техническом эклектизме // *Эволюция психотерапии* . Т.2. Москва: НФ «Класс», с.330-345
- ЛАЗАРУС А.А. (1998) О техническом эклектизме // *Эволюция психотерапии*. Т.2. Москва: НФ «Класс», с.330-345.
- ПЕРВИН Л., ДЖОН О. (2000) *Психология личности: теории и исследования* . Москва: Аспект-Пресс, с.352-357
- РОМЕК В.Г (1998) Тесты уверенности в себе // *Практическая психодиагностика и психологическое консультирование* . Ростов-на-Дону: Ирбис, с.87-108,
- РОМЕК В.Г. (1996) Проблема диагностики уверенности в зарубежной психологии // *Психологический вестник Ростовского государственного университета* , Выпуск 2, Часть 1. Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, с. 419-434

- ШВАРЦЕР Р., ЕРУСАЛЕМ М., РОМЕК В. (1996) Русская версия шкалы общей само-эффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема // *Иностранная психология* , 7, с.71-77.
- BERGOLD J.B. (1972) *Über das problem der Auswahl von Meßvariablen zur Kontrolle der Desensibilisierung*. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Universität München.
- GOLDFRIED M.R., KENT R.N. (1972) Traditional versus behavioral personality assessment // *Psychological Bulletin* , 77, с.409-420
- HAUTZINGER M. (1996) Verhaltens- und Problemanalyse // LINDEN M., HAUTZINGER M. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*. Berlin: Springer, с.36-41
- HERSEN M., BELLACK A. (1976) *Behavioral Assessment: A practical Handbook* . Oxford: Pergamon Press.
- HERSEN M., BELLACK A. (1988) (Eds.) *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques*. New York: Pergamon Press.
- KANFER F.H., SASLOW G. (1969) Behavioral diagnoses // Franks C.M. (Ed.) *Behavior therapy: Appraisal and status* . New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS A.A. (1981) *The practice of multimodal therapy* . New York: McGraw-Hill.
- LAZARUS A.A. (1996) Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID) // Linden M., Hautzinger M. (Hrsg.) *Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen*. Berlin: Springer, с.47-51.
- MISCHEL W. (1968) *Personality and assessment* . New York: Wiley.
- SCHULTE D. (1974) (Hrsg.) *Diagnostik in der Verhaltenstherapie*. München: U&S.
- WOLPE J., LANG P. (1964) A fear survey schedule for use in behavior therapy // *Behavior Research and Therapy*, 2, с.27-30.