

МОДЕЛИ ПОВЕДЕНЧЕСКОГО АНАЛИЗА

В.РОМЕК*

Поведенческая диагностика представляет собой весьма специфическую форму психодиагностики, ибо во многих моментах расходится с традиционной, которая, как известно, основана на теории черт и предполагает существование относительно стабильных и неизменных качеств личности. С этой точки зрения, внешнее наблюдаемое поведение рассматривается как проявление некоторых центральных стабильных характеристик личности, а, значит, его можно понять и даже предсказать, измерив эти черты. Иными словами, в основе традиционной психодиагностики лежат (лишь частично, кстати, проверенные экспериментально) предположения о том, что между чертами личности и поведением существует причинно-следственная связь, и лишь в незначительной степени человеческое поведение может зависеть 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 многие психотерапевты привычно отстаивают роль и значение традиционной психодиагностики, в практической работе чаще применяется так называемая *поведенческая диагностика*, основанная на ряде фундаментальных предположений (*Goldfried and Kent, 1972*). Остановимся на двух из них, которые представляются нам главными.

1. Поведение человека является не только следствием его строго индивидуальной истории научения и проявлением более или менее обширного репертуара поведенческих стереотипов, но и результатом опосредования условиями социальной ситуации, в которую включен индивид, а также предполагаемыми или реальными последствиями его действий.

* *Ромек В.Г.* – канд. психол. наук, зав. кафедрой прикладной психологии Южно-Российского гуманитарного института, доцент кафедры социальной психологии Ростовского Государственного Университета. Сфера интересов – поведенческая психотерапия, тренинг социальных навыков.

Это фундаментальное предположение имеет определенные следствия. Прежде всего, они касаются конструирования самих утверждений тестов или тестовых ситуаций: стимульные фразы должны в достаточной мере представлять испытуемому важнейшие переменные ситуаций и последствий поведения. Иными словами, стимульные фразы (или ситуации) должны быть в максимальной степени наглядны и очевидны. Поскольку же 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). Кроме того, все чаще в ходе поведенческой диагностики используется диагностическая беседа, где основой диагноза становятся самоотчеты клиентов (точность которых, конечно же, проверяется дополнительно).

2. В отличие от традиционной психодиагностики, где реакции испытуемого на тестовые задачи сопоставляются 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 и 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 имеет целью выявить функциональные связи между важнейшими переменными окружающей среды, организма человека, его когнициями (ожиданиями, верой, оценками и планами) и особенностями внешнего наблюдаемого (вербального и невербального) поведения.

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 и поскольку терапевт не делает из этого процесса никакого секрета 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, с учетом которой происходит выбор 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 ограничивается начальным этапом терапевтиче-

ских интервенций. Диагностика сопровождает весь процесс терапии на всех его этапах – и даже по завершению терапии, когда целью становится контроль 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 меняющейся жизненной ситуацией, его 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:

1. (*Определение целевого поведения*) Какие образцы поведения требуется изменить в отношении их интенсивности, длительности, частоты или условий их проявления?

2. (*Анализ условий поведения*) При каких условиях это поведение приобретает, или какие очевидные факторы тормозят это поведение?

3. (*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, существующую между поведенческой диагностикой и поведенческой терапией. Сама диагностика служит цели планирования терапевтических интервенций, а в ходе психотерапии поступает все новая и новая диагностическая информация 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 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 принимается 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 первого этапа, должно

стать совершенно ясно, какие *конкретные изменения поведения* будут означать для них обоих успешную терапию.

Конкретность формулирования целей заключается в том, что, среди прочего, оговариваются ясные и однозначные *критерии изменений*. Причем последние формулируются в форме описания *конкретных поведенческих навыков*.

Конкретность создает основу быстрого и эффективного прохождения второго этапа анализа целей. На данном этапе целевого анализа определяются *конкретные образцы поведения*, изменение которых приведет к успеху терапии.

Таким образом, если на первом этапе ищут ответ на вопрос “что именно должно быть достигнуто?”, то на втором этапе отвечают на вопрос “чего именно в 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 молодого человека необходимо будет избавить от страха контакта при знакомстве с незнакомыми людьми, от парализующей его нерешительности, и научить интересно рассказывать о себе и своих интересах. Предполагается, что этих навыков окажется достаточно для того, чтобы молодой человек сам смог выстроить такой круг общения, который его будет удовлетворять.

На заключительном этапе определения целей необходимо вместе с клиентом придти к такой формулировке, 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, некоего согласия в отношении общих целей, кото-

рое стимулирует совместную работу терапевта и клиента над проблемами последнего.

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 терапевтической цели, получившей определение ранее.

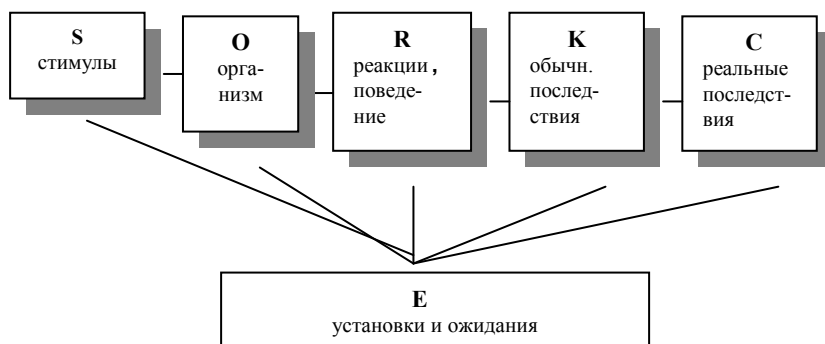


Рис. 1. Модель поведенческого анализа по Ф. Кэнферу

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 – (E), под которой понимаются определенные ожидания и установки в отношении своего поведения и его последствий.

Таблица 1

Элементы модели поведенческого анализа Кэнфера

(по <i>Hautzinger, 1996</i>) Символ	Диагностическая информация
S	<p>Детальное и релевантное поведению описание <i>стимулов</i>, 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>
O	Биологические качества <i>организма</i> , которые важны для поведения, придают ему те или иные особенности.
R	<p>Моторное (вербальное и невербальное), эмоциональное и когнитивное (мысли, образы, представления, мечты) <i>поведение</i> 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 – к O, K, C.</p>
K	Обычные, привычные и стабильные последствия поведения.
C	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)
E	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.

Результатом анализа условий поведения становятся уточненные терапевтические цели, а также предположения о тех последствиях, которые эти цели могут возыметь для непосредственного окружения клиента и для него самого в случае, если будут достигнуты. Все предположения, которые возникают на этот счет, обсуждаются с клиентом и с его близкими и служат основой для планирования и контроля процесса поведенческой психотерапии.

Планирование и контроль терапевтических вмешательств.

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 диагностическая фаза заканчивается этапом планирования терапии. Скорее, смещается только 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 учитывает индивидуальные особенности жизни и поведения клиента, имеет в своей основе объяснительную модель возникновения и изменения симптоматического поведения и направлен на достижение согласованных с психотерапевтом целей клиента. 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.

***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 терапевтических 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*.

В процессе анализа Лазарус предлагает начинать с тех модальностей и в той последовательности, в какой они присутствуют в рассказе клиента о своих проблемах, а затем задавать ряд последовательных вопросов, позволяющих прояснить положение дел в других модальностях. С этой целью могут быть использованы следующие ключевые вопросы (Lazarus, 1996):

Поведение (**B** – 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 (**A** – 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 (**C** – 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 (см. табл.2).

Таблица 2

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

Модальность	Проблемы	Возможности терапии
(B) Поведение	Зависимость от выпивки Избегание других людей, негативные самооценки Дрожь правой руки Выпивка, когда одна остается дома Крики и вопли в общении с детьми	Аверсивная имагинация или методы самоконтроля Тренинг уверенности в себе Негативная тренировка Контроль стимулов, чаще бывать вне дома Педагогический тренинг, медиаторный тренинг
(A) Аффект	Подавление злости (когда речь не идет о детях) Чувство страха Депрессия	Тренинг уверенности в себе Самогипноз с позитивной имагинацией Увеличение позитивных подкреплений
(S) Восприятие	Боли в желудке Чувство напряжения в голове и пояснице	Дыхательные упражнения Тренинг релаксации
(I) Воображение	Неприятные образы ссор между родителями Окрики отца, запираение в детской	Десенсибилизация Имагинация с высвобождением страха и злости

	комнате как наказание	
(С) Мысли	Нерациональные мысли о своей неполноценности Множественное чувство вины	Переформулирование нерациональных убеждений Переформулирование нерационального долженствования
(I) Отношения	Амбивалентность по отношению к мужу и детям Недоверие	Семейная терапия с использованием позитивного подкрепления Тренинг открытого выражения чувств
(D) Физиология и медикаменты	Использование алкоголя и антидепрессантов	Медицинская терапия на замещение антидепрессантов

Как видно из таблицы, в каждом конкретном случае возможно применение большого количества методов, и именно это подчеркивает А.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.

Как видно из таблицы, в каждом конкретном случае возможно применение большого количества методов, и именно это подчеркивает А.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 комбинации различных методов Лазарус предлагает метод “отслеживания” (Lazarus, 1981; Лазарус, 1998).

Суть данного метода состоит в том, что психотерапевт фиксирует характерную для клиента последовательность модальностей, которую тот

невольно демонстрирует по ходу описания своих проблем. Именно знание последовательности модальностей помогает точнее выбрать необходимую комбинацию методов психотерапии и последовательность их использования. 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 эти приступы начинаются с неприятных ощущений слабости, напряжения в голове, и когда клиент невольно сосредотачивается на этих неприятных ощущениях, они еще более усиливаются. В следующий момент он уже начинает думать о том, что с ним не все в порядке, и в его воображении возникают угрожающие 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 имагинацией.

Во втором случае обнаруживается иная последовательность модальностей, и она предполагает совершенно другой терапевтический план. Этот 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.

Методы поведенческой диагностики

Функциональные модели Кэнфера, Лазаруса и другие задают лишь направление, в котором должна собираться информация, но не содержат указаний на *методы ее сбора*. Принципиально могут быть использованы любые традиционные методы социальных наук и медицины. Что касается Кэнфера (1969), то он предлагал на фазе сбора диагностической информации использовать следующие методы:

1. Беседа с клиентом и представителями его ближайшего окружения.
2. Наблюдение за поведением в ролевых играх или реальных ситуациях.
3. Видеозапись и демонстрация клиенту ранее записанных сцен.
4. Наблюдение за невербальным поведением клиента в процессе терапии.

Конечно, этот список должен быть дополнен анкетами и иными формами самооценки клиентом собственного поведения и отдельных его параметров. Каких-либо принципиальных особенностей, отличающих использование стандартных методов социальных наук в рамках пове-

денческой 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 сверх непосредственного содержания речи клиента – для этого используются достаточно известные схемы анализа невербального поведения.

Наблюдение – ключевой метод поведенческой диагностики, так как в ходе его применения терапевт получает прямой доступ к тому, что его интересует больше всего, – к особенностям поведения клиента во взаимосвязи с особенностями ситуации. Различают *свободное* и *стандартизированное* (систематическое, т.е. проводимое по определенной системе) наблюдение. В процессе свободного наблюдения терапевт стремится выделить ключевые моменты взаимодействия клиента с его окружением и понять взаимосвязи, существующие между предшествующими событиями, особенностями поведения и его последствиями. Стандартизированное наблюдение предполагает последовательное фиксирование заранее определенных особенностей поведения по их продолжительности, частоте, с которой они встречаются, 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:

1. Ошибочное поведение ребенка (R): ребенок кричит, ругается, замахивается, бьет мать, бросается на пол.
2. Мать игнорирует ошибочное поведение (R-K, угашение).
3. Мать просит, требует чего-либо (S).
4. Мать игнорирует ребенка вообще (K, ненаправленное угашение).
5. Мать поощряет, дает общие позитивные оценки (K, общее ненаправленное поощрение).
6. Мать бьет ребенка, кричит в ответ (K, наказание).
7. 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 спустя некоторое время оценить 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 самооффективности (*Шварцер* и др., 1996) или характеристик самих поведенческих стереотипов (*Ромек, 1989; 1998*). Практически для каждого пункта функциональной модели Кэнфера сегодня 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 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.

Ниже приводится схема экспериментальной процедуры в терапии зависимости (см. рис. 2). Она нуждается в коротком комментарии.

Клиент, который стремится ограничить себя в курении, сначала фиксирует количество выкуренных сигарет и моменты, когда ему очень хочется закурить. Затем он, как предполагается терапевтической программой, убирает сигареты на рабочем месте и дома, и далее курит, только если ему предложат закурить (самоконтроль). В том случае, если он выкуривает меньше 10 сигарет, ему разрешается (по согласованию с руководством “некурящей” фирмы) уйти с работы на 30 минут раньше. Финальный замер ясно показывает достижение поставленной цели.

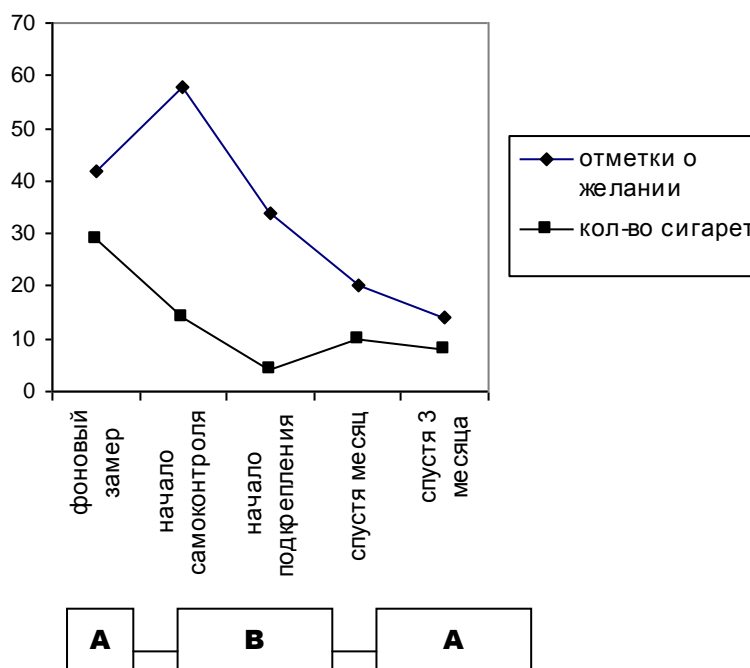


Рис. 2. Экспериментальная процедура А-В-А в программе терапии зависимости

Короче говоря, вместо того, чтобы сравнивать поведение клиента с неким эталоном, его сравнивают с поведением того же клиента – но тем, каким оно было прежде. Нетрудно увидеть, что в самой схеме А-В-А заложен дополнительный источник подкрепления. Ведь сравнение с эталоном всегда дает возможность убедиться, что он не достигнут. Сравнение с самим собой в этом смысле, так или иначе, означает либо подкрепление, либо возможность получить помощь в дальнейшем самосовершенствовании.

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

ЛИТЕРАТУРА

- Айви А.Е., Айви М.Б., Саймек-Даунинг Л. *Психологическое консультирование и психотерапия. Методы, теории и техники: практическое руководство.* М., Психотерапевтический колледж, 1999.
- Анастаси А. *Психологическое тестирование: Книга 2.* М., Педагогика, 1982, с.149-151; 225-236.

- Лазарус А. Мультимодальная психотерапия // Зейг Д.К., Мьюнион В.М. Психотерапия – что это? М., Класс, 2000, с.228-232.
- Лазарус А. О техническом эклектизме // Эволюция психотерапии. Т.2. М., “Класс”, 1998, с.330-345.
- Первин Л., Джонс О. Психология личности: теории и исследования. М., Аспект-Пресс, 2000, с.352-357.
- Ромек В.Г. Тесты уверенности в себе // Практическая психодиагностика и психологическое консультирование. Ростов-на-Дону: Ирбис, 1998, с.87-108.
- Ромек В.Г. Проблема диагностики уверенности в зарубежной психологии // Психологический вестник Ростовского государственного университета, Выпуск 2, Часть 1. Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 1996, с.419-434.
- Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р.Шварцера и М.Ерусалема // Иностранная психология, 1996, 7, с.71-77.
- Bergold J.B. Über das problem der Auswahl von MeЯvariablen zur Kontrolle der Desensibilisierung. Dissertation an der Philosophischen Fakultät der Universität München. 1972.
- Goldfried M.R., Kent R.N. Traditional versus behavioral personality assessment // Psychological Bulletin, 1972, 77, с.409-420
- Hautzinger M. Verhaltens- und Problemanalyse // Linden M., Hautzinger M. (Hrsg.) Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen. Berlin: Springer, 1996, с.36-41.
- Hersen M., Bellack A. Behavioral Assessment: A practical Handbook. Oxford: Pergamon Press, 1976.
- Hersen M., Bellack A. (Eds.) Dictionary of Behavioral Assessment Techniques. New York: Pergamon Press, 1988.
- Kanfer F.H., Saslow G. Behavioral diagnoses // Franks C.M. (Ed.) Behavior therapy: Appraisal and status. New York: McGraw-Hill, 1969.
- Lazarus A.A. The practice of multimodal therapy. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Lazarus A.A. Multimodale Therapieplanung (BASIC-ID) // Linden M., Hautzinger M. (Hrsg.) Verhaltenstherapie: Techniken, Einzelverfahren und Behandlungsanleitungen. Berlin: Springer, 1996, s.47-51.
- Mischel W. Personality and assessment. New York: Wiley, 1968.
- Schulte D. (Hrsg.) Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: U&S, 1974.
- Wolpe J., Lang P. A fear survey schedule for use in behavior therapy // Behavior Research and Therapy, 1964, 2, p.27-30.