

Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б.
КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ
Лекция вторая: Психопатологическая модель.

Ключевые слова: когнитивная психология, когнитивная терапия, психотерапевтическая теория, феноменологический подход, когнитивная схема, личностный конструкт.

Психопатологическая концепция.

«Первичная патология или дисфункция при депрессивных или тревожных расстройствах связана с когнитивным аппаратом. Однако это не означает, что когнитивные вызывают эти синдромы – такое утверждение было бы столь же нелогичным, как и то, что галлюцинации вызывают шизофрению» [1].

Рассматривая психическую дезадаптацию как результат взаимодействия комплекса каузальных и предрасполагающих факторов, теоретики когнитивной психотерапии считают, что психологические проблемы связаны, в первую очередь, с тем, как человек интерпретирует и прогнозирует свой опыт.

С позиций Дж. Келли, психологические нарушения⁸ могут быть рассмотрены «как личностный конструкт, который обычно повторяется, несмотря на последовательную неполноценность» [2; vol. 2, p.831]. Психопатологический симптом, как и любая иная форма активности индивида, является «экспериментом», направленным на проверку того, будет ли эффективным такой способ удовлетворения клиентом своих потребностей. Например, пациент может сформулировать (пусть даже не вербализуя) такую гипотезу: «Моя мать интересуется мной лишь, когда у меня возникают какие-то проблемы. Сейчас она меня игнорирует, и я чувствую 1) потребность сделать что-то плохое / или 2) начинающийся приступ головной боли / или 3) подавленное настроение и желание плакать и т.п.».

С другой стороны, если снижена способность индивида изменять свою конструктивную систему, то он, столкнувшись с невалидностью своих предсказаний, либо станет испытывать в таких ситуациях нарастающие замешательство и тревогу, неуверенность в своей способности ориентироваться в окружающем и в самом себе, либо будет агрессивно стремиться изменить окружающий мир под свои конструкты.

Отдельным психологическим проблемам свойственны свои типичные конструкты и особенности конструктивной системы. Например, *депрессия*, по мнению Келли, характеризуется максимальным сужением поля восприятия и интересов, в результате чего количество конструктов, используемых для оценки событий повседневной жизни и принятия необходимых решений, уменьшается. *Тревога* – это «осознание того, что события, с которыми сталкивается человек, лежат вне диапазона применимости его конструктивной системы» [2; vol. 2, p.495], что у индивида нет адекватных

конструктов для интерпретации событий текущей жизни, для прогноза ситуации и выбора оптимальной модели поведения.

Анализ системы конструктов у больных *невротизмом* [3] показал, что чаще всего они либо сцеплены в один монолит, либо объединены в несколько разрозненных кластеров.

У пациентов с *шизофренией* теория Келли находит слишком открытую и неустойчивую систему оценки опыта. Их представления об окружающем мире недостаточно взаимосвязаны и последовательны. Д. Баннистер [4] определяет характер нарушений при шизофрении как «последовательную неполноценность гипотез» – конструкты этих людей постоянно разрушаются действительностью и для обеспечения хоть какой-то адаптации пациенты делают их предельно открытыми. В эксперименте со здоровыми людьми Баннистер наблюдал аналогичное явление – если испытуемым постоянно сообщали, что их прогнозы относительно гипотетических людей не оправдались, то они начинали делать противоречивые и неточные предсказания, как и больные шизофренией.

По А. Беку, психологические нарушения могут быть рассмотрены как нарушения процессов интерпретации и оценки опыта («ошибки атрибуции»). Выделяется несколько основных патологических когнитивных механизмов. Первый – **логические ошибки** – повторяющиеся, дезадаптирующие ошибки в обработке информации. Их примерами являются:

1. *Произвольные выводы* – формирование заключения при отсутствии достаточных доказательств и даже когда реальность ему противоречит (например, молодая девушка, не дождавшись обычного звонка от приятеля, думает: «Он не позвонил сегодня вечером... Значит, вообще не хочет меня видеть»).

2. *Выборочное извлечение информации* – вырывание из контекста деталей с игнорированием других, более характерных черт ситуации и концептуализация всего опыта на основе этих фрагментов (например, больной агорафобией систематически выделяет для себя информацию о несчастных случаях, происшедших в общественных местах, а больной социальной фобией отбирает факты, свидетельствующие о якобы пренебрежительном отношении к нему окружающих).

3. *Сверхобобщение* – формулирование общего правила на основе одного или нескольких изолированных случаев и применение этого правила к связанным и не

⁸Келли избегал медицинской терминологии и поэтому предпочитал говорить о психологических нарушениях, а не о психических расстройствах

связанным с ним ситуациям (например, опыт единичной неудачи в отношениях трансформируется в ощущение своей тотальной неспособности вызывать симпатию).

4. *Преувеличение и преуменьшение* – искажение оценки величины или значимости событий (например, «неудача на экзамене – это катастрофа!»).

5. *Персонализация* – склонность связывать внешние события с собой, когда для такой связи нет никаких оснований (например, абсолютно безобидные, нейтральные высказывания других людей депрессивные пациенты с уязвимой самооценкой или пациенты с социальной фобией могут отнести на свой счет, усмотрев в них критику и пренебрежение).

6. *Дихотомическое мышление* – тенденция относить свой опыт к одной из двух крайних, полярных оценок (например, больные расстройствами питания в суждениях о внешности придерживаются жестких дихотомических оценок: либо «идеально стройный» либо «безобразно толстый»).

Описанные ошибки не позволяют адекватно взаимодействовать с реальностью для решения своих проблем. Так, депрессивный индивид, получив отказ в чем-либо, вместо того, чтобы осмыслить произошедшее и обдумать, как предотвратить его повторение, посчитает себя полным неудачником, будет долго размышлять о негативных аспектах опыта, не думая о позитивных факторах. Таким образом, *депрессия*, по Беку, может быть охарактеризована как «мыслительное расстройство, при котором поступающая информация искажается в негативном ключе» (цит. по [5]).

При *тревоге* из-за когнитивных искажений индивид испытывает интенсивное чувство физической или социальной угрозы, сочетающиеся с недооценкой собственной способности с ней справиться. При этом тревожные пациенты, в соответствии со своими схемами, избирательно выделяют из поступающей информации угрожающие сигналы.

В одном социально-психологическом эксперименте испытуемой предлагали пройти по кампусу после того, как на ее лицо с помощью грима будет нанесен грубый шрам. Результат гримировки демонстрировали в зеркале, после чего, якобы поправляя грим, его стирали ватой. Испытуемая, полагая, что выглядит уродливо, воспринимала в невербальном поведении собеседников отвращение, пренебрежение и холодность [6].

Игнорирование пациентом определенных аспектов психотравмирующей ситуации когнитивные психологи объясняют не вытеснением, а отсутствием навыков учета информации такого рода при анализе ситуации (Дж. Келли – отсутствием соответствующих конструкций).

Паническое расстройство может возникать в результате неверной интерпретации физиологических реакций на страх. Затруднение дыхания, учащенное

сердцебиение и т.д. расцениваются пациентом как признаки тяжелой болезни (чаще всего – сердечного приступа). Усиление страха интенсифицирует соматические симптомы вплоть до развертывания полномасштабного приступа. Пациент, однажды переживший такой приступ, будет склонен к его повторению каждый раз, когда он будет испытывать даже незначительную ситуационную тревогу [7].

Второй патологический когнитивный механизм – **негативные автоматические мысли** (нарушение течения мыслительных процессов) – спонтанные правдоподобные, но нереалистичные мысли и образы, возникающие, как и все автоматические мысли⁹, без контроля сознания (они, по словам Бека, «похожи на слова, произносимые родителями очень доверчивым детям» (цит. по [8])) и непосредственно приводящие к дезадаптивным эмоциональным и поведенческим реакциям.

При различных формах психической патологии доминируют негативные автоматические мысли со специфическим содержанием. Так, при *тревожных* расстройствах характерно частое возникновение таких мыслей: «я не справлюсь», «должно произойти что-то ужасное», «что, если я сойду с ума?» и т.д., а при *депрессии* – «я ни на что не гожусь», «я никогда не могу ничего сделать, как следует» и т.д. Появление у индивида негативных автоматических мыслей может служить «спусковым крючком» как для дезадаптивных эмоциональных реакций, так и для рецидивов (декомпенсаций) обсессивно-фобических нарушений.

Третий вид когнитивных нарушений – **ошибочные фиксированные предположения**. Это упоминавшиеся при описании психологической модели теории Бека базисные когнитивные установки, формирующиеся под влиянием раннего травматического опыта, острых и хронических стрессогенных ситуаций. Ошибочные фиксированные предположения являются фактором, предрасполагающим к формированию других когнитивных искажений.

К *тревоге* предрасполагают, например, такие установки: «любую неизвестную ситуацию нужно рассматривать, как опасную»; «я должен постоянно себя контролировать»; «моя безопасность зависит от постоянной готовности к возможной угрозе».

Подобным же образом можно сформулировать и убеждения, способствующие возникновению *депрессии*: «я никогда не должен совершать ошибок»; «для того чтобы быть счастливым, мне нужно быть любимым» и т.д.

При психических расстройствах нарушается также *гибкость* когнитивных схем, они становятся жесткими, сверхобобщающими, абсолютизирующими. Например, вместо убеждения «конечно, лучше быть приятным людям, но иногда, в некоторых условиях нормально быть и неприятным», пациент негибок и иррационально считает: «я всегда должен нравиться всем».

⁹ см. Психологическую модель теории А. Бека

Как уже отмечалось, одним из патогенетических *механизмов поддержания* психопатологических нарушений когнитивная психология считает отфильтровывание противоречащей когнитивным схемам информации или такую ее трактовку, которая позволяет согласовать ее с существующей системой убеждений. При *депрессии*, например, позитивная информация раз за разом отвергается. Депрессивная личность считает, что все достижения не в счет, поскольку они были случайными или результатом помощи других. Как отмечал Бек, «даже если депрессивный больной может быть разумно точным в когнитивной оценке (например, «Она меня, вероятно, любит»), общее значение остается для него негативным («Если бы она знала, до какой степени я ни на что не гожусь, она бы меня не любила»)» [9].

Другим механизмом, поддерживающим дисфункциональные убеждения, являются поведенческие паттерны (*самовыполняющиеся пророчества*). Они могут, во-первых, лишить индивида возможности убедиться в неадекватности схем. Например, при фобиях пациент избегает вызывающего страх стимула, что предохраняет индивида от получения информации, противоречащей негативным убеждениям (что данный объект опасен, что во время приступа паники пациент может упасть в обморок или умереть и т.д.). Во-вторых, поведенческие стратегии, основанные на дисфункциональных убеждениях, могут провоцировать такие реакции окружающих, которые будут убеждать пациента в справедливости его схем. Индивид, ожидающий недоброежелательности окружающих, будет с подозрением и критичностью относиться к тем, кто попытается с ним сблизиться, что приведет к вполне предсказуемым последствиям. Индивид убежденный, что при любой попытке близких отношений он будет отвергнут (это может быть результатом опыта отвержения в детстве), когда его партнер опаздывает на встречу или отменяет ее, автоматически думает: «Ну, вот опять. Он (она), как и все остальные скоро покинет меня». В результате он может попытаться предотвратить отвержение постоянным поиском переубеждения от партнера, что может действительно привести к отчуждению, которого он боялся. Другая стратегия, которой он может воспользоваться, - держаться вообще подальше от близких отношений, чтобы таким образом избежать боли отвержения.

Наконец, поддерживать нарушения у пациентов могут объективные внешние проблемы – утрата близких или работы, мешающие оптимизму и уверенности в себе.

А. Эллис, как уже отмечалось, обратил внимание на **иррациональность** многих убеждений своих пациен-

тов. Несмотря на то, что такие убеждения нелогичны, абсолютизируют отдельные стороны действительности («это должно быть так, а не иначе»¹⁰), и жизненный опыт не подтверждает их справедливость, люди продолжают упорно их придерживаться¹¹. Именно «тирания долженствования» является, согласно Эллису, универсальной причиной иррационального мышления – человек ригидно принуждает себя и других к обязательному следованию определенным стандартам. Эта иррациональность свойственна всем людям независимо от уровня интеллекта и культуральной принадлежности, причем осознание иррациональных мыслей, чувств и поступков только отчасти помогает изменить их.

Исходя из своей, упоминавшейся в предыдущем разделе, концепции подкрепления эмоций мышлением и самовербализациями, Эллис определил невроз как неконтролируемое эмоциональное расстройство (негативное «С» в формуле «АВС»), возникающее в результате нелогичного, нереалистического, нерационального, негибкого и незрелого мышления и поддерживаемое им.

Негативные эмоции (гнев, депрессия, тревога, вина) по отношению к себе и/или другим людям возникают, когда индивид обнаруживает, что реалии жизни не совпадают с иррациональными требованиями.

Иррациональные убеждения могут быть связаны как с самой личностью, так и с окружающим миром и поэтому могут вести к двум типам нарушений. Первый Эллис определяет как **Эго-нарушения**. Они вызваны убежденностью в необходимости полного совершенства собственного Я¹². Ситуации, когда индивид считает, что не способен делать то, что должен, или делает то, что не должен делать, неизбежно ведут к самообвинениям. Свойственная иррациональности тенденция к однозначным глобальным выводам приводит к общей негативной самооценке, как в когнитивном («я ни на что не гожусь»), так и поведенческом аспекте («я не достоин удовольствия», «я должен страдать за свои прегрешения»).

Второй тип нарушений Эллис называет **дискомфортными**. Они связаны с иррациональными убеждениями типа «мне всегда должно быть хорошо» (требования к внешнему миру). В этом случае любые внешние неудобства рассматриваются как трагедия, что ведет к агорафобии, депрессии, алкоголизму и т.д. Дискомфортные убеждения являются самоподдерживающимися, поскольку делают индивида неготовым к любым изменениям из-за некомфортности самого процесса изменений.

Большое внимание Эллис уделял вопросам динамики психических нарушений. Он полагал, что другие теории (в первую очередь, психоанализ) делают это недостаточно, что снижает их терапевтическую эффек-

¹⁰ Эллис использовал по отношению к таким установкам саркастический термин «musturbation».

¹¹ Эллис пришел к такому выводу после длительных безуспешных попыток доказать пациентам абсурдность некоторых их взглядов. В случае же успеха, избавившись от одной иррациональной установки, человек тут же принимал другую, либо через некоторое время возвращался к прежней. Иногда иррациональные установки вступают в явное противоречие даже с тем, что говорят родители и пишут в книгах (людей учат не откладывать на завтра, а они обычно поступают именно так)

¹² Здесь проявилось влияние работ А. Адлера о чувстве неполноценности на теорию А. Эллиса.

тивность. Так же, как и другие когнитивисты, он не считал значимым этиологический анализ.

«Достоверное знание того, почему человек когда-то начал вести себя нелогично, никоим образом не дает нам ни представления о том, почему он продолжает вести себя нелогичным образом, ни о том, что ему следует предпринять для того, чтобы изменить свое поведение» [11].

В динамике невротических состояний Эллис выделяет первичный (вызванный описанными выше факторами) и вторичный (обусловленный реакцией на самопервичное невротическое состояние) невроз.

Литература:

1. Beck A.T., Emery G., Greenberg R.L. *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. – N.Y.: Basic Books, 1985. – 384 p.
2. Kelly G. A. *The Psychology of Personal Constructs. Volume 1: A*

Theory of Personality. Volume 2: Clinical Diagnosis and Psychotherapy. New York: Norton. 1955.

3. Makhlof-Norris F., Jones H. G., Norris H. *Articulation of the conceptual structure in the obsessional neurosis*. — *Brit. J. Soc. Clin. Psychol.*, 1970, v. 9, p. 264–274.

4. Bannister D. (ed.) *Issues and approaches in personal construct theory*. – London: Academic Press, 1985.

5. Moorey S. *Cognitive Therapy // Handbook of Individual Therapy*. – London: SAGE Publications. – P.103-120.

6. Майерс Д. *Социальная психология*. – СПб: Пупер, 1997. – 688 с.

7. Clark D.M. *A cognitive approach to panic // Behaviour Research and Therapy*. – 1986, №24. – p.461-470.

8. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г. *Когнитивно-бихевиоральная терапия // Основные направления современной психотерапии*. М.: Генезис, 2000. – с. 224-267.

9. Beck A.T. *Cognitive models of depression // Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1987. – №1. – p.5-39.

10. Ellis A. *My philosophy of psychotherapy // Journal of Contemporary Psychotherapy*. 1973. V.6. № 1. P.13 .

11. Ellis A. *Rational Psychotherapy // Journal of General Psychology*. – 1958. – №59. – p.47.

Табачников А.Е., Абдрахимова Ц.Б. КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ¹³

Лекция третья: ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ.

**«Если ты хочешь избавиться от всякой тревоги, представь себе, что пугающее тебя случится непременно, и какова бы ни была беда, найди ей меру и взвесь свой страх. Тогда ты наверняка поймешь, что несчастье, которого ты боишься, или не так велико или не так длительно»
(Сенека [2])**

Цель терапии личностных конструктов – помочь клиенту улучшить прогностическую эффективность его конструктивной системы (либо приобрести новые конструкты, либо расширить диапазон применимости имеющихся конструктов); помочь клиенту, благодаря этому, найти альтернативный взгляд на себя, жизнь и свои проблемы, и «дать человеческому процессу двигаться опять» [3].

«Резюмируя, мы можем сказать, что психотерапевтическое движение означает следующее:

1) клиент пересмотрел взгляд на самого себя и на некоторые конкретные характеристики своего мира в пределах своей первоначальной системы;

2) он более точно организовал свою старую конструктивную систему;

3) он заменил некоторые конструкты в своей старой системе на новые» [4, vol. 2, p. 941].

Цель когнитивной терапии – раскрыть и изменить те схемы пациентов, которые поддерживают неадаптивное поведение и эмоции и, благодаря этому, устранить психопатологические симптомы и помочь обрести

новые стратегии поведения.

Цель рационально-эмотивно-поведенческой терапии – помочь клиенту осуществить изменение жизненной философии: прекратить предъявлять себе и миру необоснованные, абсолютизирующие требования; научиться переносить фрустрацию в процессе достижения целей¹⁴.

Для достижения целей когнитивной терапии любого направления необходимо показать клиенту, что его связано не с самими по себе событиями его жизни, а с тем, как клиент интерпретирует их, а заодно – и самого себя.

Когнитивная терапия в большей степени, чем другие направления, сосредоточена на актуальных проблемах пациента, с которыми он обратился за помощью, т.е. на симптомах. Когнитивные терапевты обычно не ставят себе целью перестройку личности клиента. Вместе с тем, обретенные стратегии могут быть использованы клиентом и в ситуациях, выходящих за пределы первоначального запроса.

Терапевтический стиль.

Терапевт школы Дж. Келли не пытается просто переубедить пациента, внушить ему свои установки. Вместо этого он задает вопросы о содержании и последствиях убеждений пациента, после чего тот сам решает сохранять, изменять или полностью отвергать свои убеждения. При этом терапевт и пациент взаимодействуют как ученые-коллеги (или как научный руко-

¹³ В настоящее время существует несколько (по подсчетам М. Мэхуони [1] – 17) несколько отличающихся друг от друга когнитивистских психотерапевтических моделей.

¹⁴ Напомним, что желаемое состояние психического благополучия описано Эллисом по следующим критериям: интерес к себе, социальный интерес, самоуправляемость, терпимость, принятие неопределенности, гибкость, научное мышление. Однако, если достижение таких идеальных целей, по каким-то причинам невозможно, целью может быть просто избавление от симптома, который привел клиента к терапевту.